



EXPERIENCIAS DE ESCRIBIR LA EXPERIENCIA

Psicólogos/as en las
instituciones públicas

ERAPP

Wanda Donato (comp.)

Experiencias de escribir la experiencia

Wanda Donato
(comp.)

EXPERIENCIAS
DE ESCRIBIR LA
EXPERIENCIA

Psicólogos/as en las instituciones públicas

ERAPP

glosa
ediciones

Wanda Donato (comp.)

Experiencias de escribir la experiencia. Psicólogas en las instituciones públicas

1^{ra} ed. – Rosario: Glosa, 2018, 340 pp.; 21,5 x 14 cm.

ISBN 978-987-42-7153-2

1. Psiconálisis 2. Salud Mental 3. Salud Pública I. Donato, Wanda; comp
CDD 150.195

© 2018, Wanda Donato

erapp.unr@gmail.com

GLOSA

glosaediciones@gmail.com

Queda hecho el depósito que establece la ley 11.723

Prohibida la reproducción parcial o total sin permiso escrito de la editorial.

Todos los derechos reservados.

Impreso en Argentina

ÍNDICE GENERAL

PREFACIO	9
(IN) SEGURIDAD EN EL BARRIO Y SUS EFECTOS EN LA INSTITUCIÓN. UNA EXPERIENCIA INSTITUCIONAL <i>Carla Piccioni</i>	17
ACOMPañAR EN LOS BORDES. UNA MIRADA SOBRE LAS ACTUALES POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA PRISIÓN <i>Verónica Borra y Romina Umansky</i>	55
LOS TIEMPOS. UNA ENCRUCIJADA EN LA INFANCIA <i>Cintia Reñe</i>	81
JÓVENES EN INCLUSIÓN SOCIAL. CONDICIONES SUBJETIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS <i>Iván Branner</i>	99
LA PREGUNTA POR EL SUJETO EN LA CÁRCEL <i>María Laura Peretti</i>	127
ESPACIO, TIEMPO Y ESPERA EN UN CENTRO DE SALUD. REFLEXIONES ACERCA DE UNA PRÁCTICA POSIBLE Y SUS DIFICULTADES <i>Cecilia Vescovo</i>	161
EL CONFLICTO Y SU CARÁCTER IRREDUCTIBLE EN LA INSTITUCIÓN <i>Tatiana Moreno</i>	195
PRAXIS COMO CATEGORÍA SOPORTE DE UN TRAYECTO <i>Jorgelina Grassis</i>	225
PRÁCTICAS TERRITORIALES Y PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN: ABORDAJE DE UNA SITUACIÓN DE ABUSO SEXUAL INFANTIL <i>Paola Benítez</i>	245

PENSANDO LA CLÍNICA EN APS. ENCUENTROS EN SITUACIONES DE EXTREMO DOLOR PSÍQUICO <i>Cristina Zattara</i>	275
MÚLTIPLE INTERÉS POR LOS DISPOSITIVOS. UNA EXPERIENCIA RADIAL DE DISPOSITIVO <i>Maricel Sticotti</i>	303
TEXTO COLECTIVO DE LOS INTEGRANTES 2016-2017 DEL ERAPP	339

Escritura de la experiencia, Experiencia de la escritura

El proyecto

El “Espacio de Reelaboración, Análisis y Producción de Prácticas para Trabajadores Psicólogos en el Ámbito Público” (ERAPP) se crea en 2016 en el ámbito del Área de Salud Mental de la Secretaría de Integración y Desarrollo Socio-Comunitario de la U.N.R., con el objetivo de convocar a una experiencia de escritura y posterior publicación.

El proyecto de conformación de este espacio partió de la consideración de ciertas carencias en la articulación de la formación universitaria de la Facultad de Psicología de la U.N.R. y la posterior puesta en práctica de esa misma formación en el ámbito público, tal cual se expresa en la dificultad de existencia de lugares que propicien la producción, registro y elaboración de experiencias, así como la creación de nuevas estrategias de intervención.

En este sentido, parece muy valioso el objetivo de publicación de un libro colectivo que reúna experiencias teóricamente reflexionadas y posibles nuevas intervenciones que desde allí puedan plantearse, construido por los propios psicólogos que trabajan en distintas instituciones públicas (centros de salud, hospitales, etc.) en relación con población vulnerable.

Observando que así como el psicólogo es parte de los acontecimientos a reelaborar, así la teoría y el relato son parte de la práctica conformando las experiencias que abren la posibilidad de trazar nuevas estrategias y teniendo en cuenta en el ámbito público

de nuestra ciudad: 1) Que modelos muy valiosos pero creados en otros contextos históricos, políticos, culturales, se proponen para resolver problemáticas locales sin un análisis de sus singularidades. 2) Que no se tiene en cuenta la formación de Psicólogos de nuestra universidad y se pretenden ajustes de esa formación sin considerar que ella también es producto de particularidades socio-culturales. 3) Que lo que se pierde así, son los aportes teóricos y prácticos de los propios trabajadores sin considerar además que la particularidad de la población no es independiente de la particularidad de los trabajadores que allí operan. 4) Que en muchos casos los psicólogos trabajadores de estos modelos de atención pública se encuentran agobiados por demandas difusas y masivas que desgastan cualquier iniciativa creativa; se hace necesario un espacio que permita encontrar recursos teóricos y técnicos específicos de la Psicología, el Psicoanálisis y otras disciplinas (criminología crítica, filosofía política, antropología, etc.) como aporte para abrir a la producción escrita y registro de experiencias, dialectizando la relación entre formación universitaria y prácticas concretas en territorio, enmarcando y construyendo además, demandas propias de la población.

La publicación de los trabajos se vuelve un importante instrumento de inscripción y transmisión de prácticas que de otro modo parecen comenzar de cero cada vez. En esta publicación confluiría además la producción de teoría y clínica específica y la historización de diversos modelos de intervención.

Creemos que un libro de estas características será un valioso aporte para la formación universitaria de los psicólogos. La vieja oposición teoría versus práctica obtendría un inédito recurso. Entre hacer y pensar no se busca armonía, sino los cruces implicados en hacer el pensar, y pensar el hacer.

La dimensión temporal se presenta: ¿pensar antes o después de hacer? ¿Hacer antes o después de pensar? La propuesta es una dialéctica abierta, sin más síntesis que las parciales necesarias para operar.

El espacio

Teniendo en cuenta lo que antecede, se propuso un espacio de reelaboración y análisis de prácticas que no remita necesariamente a la supervisión de cada caso o circunstancia, sino a la consideración de distintos aspectos que afectan esa clínica de intervención. Problemáticas de adicción, de género, de delito y violencia, culturales, en lugar de ser abordadas sólo desde un aspecto fragmentario, fueron pensadas en su interrelación y situación, es decir en las circunstancias históricas, políticas y culturales definidas en que se producen. Aportándose formación teórica a través de charlas, mesas redondas y posibilidad de reflexión, se favoreció la producción singular de los integrantes.

La convocatoria a participar fue amplia, y la respuesta fue surtida.

Por último, el trazado de nuevas estrategias de intervención se facilitó en la experiencia pasada metabolizada y en los aportes teóricos generales con su respectiva adaptación a las situaciones planteadas. Esperamos que esto pueda conducir a su vez, al encuentro con actores latinoamericanos con parecidas problemáticas, promoviendo el intercambio de experiencias y prácticas, y evitando el aislamiento que el neoliberalismo alimenta en estos sectores.

Fomentar el lazo social en las comunidades en que se trabaja, debe acompañarse de la misma política entre los trabajadores que operan en ámbitos de marginalidad, para preservar su salud y creatividad. Psicólogos aislados, agobiados por escenas de violencia, con un fuerte sentimiento de impotencia, no pueden más que circunstancialmente pensar alternativas. Por ello el trabajo grupal es un requerimiento importante para este proyecto. No se trata de reflexionar sobre las realidades desde una visión neutral y aséptica, sino de pensarse en la escena como parte de lo que ocurre, como afectado y agente.

Con el transcurrir del trabajo se efectuaron convenios institucionales con el Colegio de Psicólogos de Rosario, su delegación en

Venado Tuerto y con la Municipalidad de Venado Tuerto, donde estas últimas dos instituciones vehicularon la posibilidad de encuentros con colegas de esa localidad.

La escritura de la experiencia

El hecho de convocar a psicólogos de los distintos ámbitos dio lugar al cruce de los efectos de distintas políticas sociales en salud y su evaluación, cuestión también postergada y que la Universidad Nacional de Rosario está en óptimas condiciones de propiciar.

Los psicólogos que aceptaron la invitación no sólo pertenecen a distintos niveles de lo estatal (municipal, provincial y nacional) sino que su inserción es muy variada: en instituciones totales (hospital monovalente [psiquiátrico], cárcel), centros de salud (provincial y municipal), centro de día, subsecretaría de Promoción y Protección de Derechos de Niños y Adolescentes, Equipos socio-educativos e incluso un espacio público no estatal.

La recuperación de estas experiencias y elaboraciones precipitó en escritura y publicación por parte de los participantes del espacio, trabajadores de la salud pública invitados para tal efecto.

El trabajo fue de cada uno en relación con el resto de los integrantes. En reuniones generales se comentaban los avances y se conversaba al respecto. Escuchar diferencias y encuentros fue una constante. Fue necesario que se explicitara donde trabajaban, el espacio físico y el institucional, las funciones. A partir de allí se iban disponiendo experiencias para ser relatadas.

La experiencia tal como se planteó en el espacio, llevó a considerar la singularidad. Más que describir prácticas, se propuso relatarse en los acontecimientos vividos, en los obstáculos y los logros acontecidos.

Desde la dirección del ERAPP se fueron gestando, además, charlas sobre distintos temas e intereses que iban surgiendo en las reuniones de trabajo: la violencia, la criminología crítica, la

responsabilidad pensada desde el Psicoanálisis, el concepto de comunidad...las cuestiones durante el primer año se proponían como reflexión que permitiera una salida del engeguecedor sentido común.

Durante el segundo año las charlas abiertas en el Colegio de Psicólogos se recostaron más sobre la clínica, en función de los textos que iban creciendo y las invitaciones a panelistas en mesas redondas convergieron a debates más que a respuestas clausurantes. Cecilia Gorodischer, Silvia Giani, Edgardo Haimovich, Jorge E. Gómez, Valeria Decorte, Leonardo Leibson y Omar Amorós, fueron convocados para hablar de distintos temas que se presentaban en la marcha.

Experiencia de la escritura

La heterogeneidad de los lugares de trabajo de los participantes impidió dar por sentadas y naturalizar situaciones, generó curiosidad respecto a las diferencias y similitudes que se daban en las prácticas. Al comienzo la extrañeza era dueña de la escena.

Se establecieron reuniones generales, una por mes y mientras tanto se constituyó un espacio de supervisión de la escritura al que concurría voluntariamente quien tuviera texto para revisar o cuestiones a discutir. Esas supervisiones, al ser grupales, generaban escuchas y lectores variados.

Rápidamente se planteó el deseo de invitar a alguien que hablara sobre las posibilidades de escritura. Gilda Di Crosta, de la Facultad de Letras, fue la primera en acudir al llamado. Diferenciar tesis de ensayo, una de las primeras cuestiones.

Poco a poco fue surgiendo la evidencia de que la experiencia que se quería relatar y elaborar no era independiente de la elección del modo de escritura que se adoptase. Y cada uno fue encontrando su forma. ¿Una crónica, una investigación, más o menos teoría, más o menos descripción, un tono reivindicativo?

En este sentido, fue importante diferenciar la escritura académica y sus determinaciones con el camino propuesto en esta experiencia de escritura.

Al comienzo los integrantes pedían bibliografía y ante la abstención desde la coordinación del espacio, comenzó un interesante intercambio entre ellos mismos y una búsqueda específica. No enmarcar con bibliografía ni con modelos de escritura fue una premisa que permitió las diferencias que se constatan en los trabajos.

De vez en cuando se leían unos a otros y comentaban, proponiéndose bibliografía mutuamente y trocando libros.

Primera persona del singular, del plural, impersonal. ¿Cómo escribir, cómo narrar y pensar sin excluirse imaginaria y académicamente del texto? ¿Podría cada quien dejar sus marcas en el texto ritmando su estilo?

Así, desde un Centro de Salud municipal *Carla Piccioni* se interroga por la noción de seguridad/inseguridad y su relación con la violencia.

Romina Umansky y *Verónica Borra* analizan distintos momentos en las Unidades Penitenciarias de la zona sur de la provincia de Santa Fe como psicólogas integrantes de los Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social (E.A.R.S) interrogando la función de los informes que se les solicita.

Desde un espacio público no estatal, *Cintia Reñe* se interroga sobre las paradojas de la cronología y la estimulación de la Estimulación Temprana, explicitando y analizando su propiedad en población vulnerable.

Iván Branner, en un centro de día, programa una investigación respecto a los modos y efectos de acompañar adolescentes en riesgo, en la posibilidad de construir proyectos para “hacerse una vida”.

El interés por los derechos dentro de la institución penal y la preservación de la subjetividad lleva a *Laura Peretti* a su pregunta por el sujeto en condiciones de encierro a través de su trabajo en talleres y en el relato de un caso.

Cecilia Vescovo, desde un Centro de Salud describe y compara su arquitectura con los dispositivos que pueden allí alojarse, relacionados a la vez con los espacios externos de la situación en el barrio.

Respecto a la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, *Tatiana Moreno* analiza conflictos y tensiones inherentes a toda práctica institucional y, en especial, en instituciones totales.

Por su parte *Jorgelina Grassis*, coordinando grupos de la Dirección de Niñez, se sorprende con las alternativas que los mismos trabajadores de los Centros Residenciales para cuidados alternativos para niñas, niños y adolescentes, van encontrando en la medida de darse oportunidad.

Con su trabajo en los equipos socio-educativos, *Paola Benitez* se desliza en una prolongada elaboración teórica para pensar lo ocurrido con el caso de una niña.

Con *Cristina Zattara*, y su invierno en un Centro de Salud, entramos en las escenas de violencias de un barrio y en las posibilidades de elaboración de lo traumático que no redunde en más violencia y desamparo.

Por último, *Maricel Sticotti*, historiza la presencia de psicólogos y psicoanalistas en los Centros de Salud y la pertinencia de su intervención en talleres, grupos y dispositivos.

El resultado de la compilación es heterogéneo y los textos no siempre acuerdan los unos con los otros, esto es parte de su riqueza. Se trata de experiencias en movimiento, donde los que escriben están implicados. Textos escritos intentando minimizar la coerción docente o desde las instituciones públicas, dejando hablar los cuerpos de los que cada día en su trabajo se encuentran con la realidad de los márgenes, dejando hablar sus experiencias y sus reflexiones.

Textos para leer con respeto.

Wanda Donato
Rosario, septiembre de 2017

(in)seguridad en el barrio y sus efectos en la institución

Una experiencia institucional

PSIC. CARLA PICCIONI*

*“El mundo fue y será una porquería ya lo sé...
en el quinientos seis y en el dos mil también...”*

Enrique Santos DISCÉPOLO

El presente escrito es fruto de una serie de interrogantes e inquietudes que se desprenden de la práctica que llevo a cabo como psicóloga en un Centro de Salud de atención primaria, de la Municipalidad de Rosario.

Mi objetivo es narrar una experiencia institucional, y, a partir de allí, poder instalar preguntas que nos lancen a un atolladero quizás aún mayor. La mayoría de las veces aquello que nos moviliza suele estar en nupcias con lo que se presenta como obstáculo, como dificultad.

En el *“Malestar en la cultura”* Freud menciona como una de las tres fuentes del sufrimiento humano, -al que llama de origen social-, la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el Estado y la sociedad. Agrega:

“...no atinamos a comprender por qué las instituciones que nosotros mismos hemos creado no habrían de representar más

* CARLA PICCIONI: Psicoanalista. Magister en Psicoanálisis. Psicóloga en Centro de Salud “Rubén Naranjo” de la Municipalidad de Rosario. Docente de la cátedra “Historia de la Psicología” de la Facultad de Psicología de la UNR.

bien protección y bienestar para todos...comenzamos a sospechar que también aquí podría ocultarse una porción indomable de la naturaleza, tratándose esta vez de nuestra propia constitución psíquica.”¹

Mi llegada al Centro de Salud. Caracterización del lugar

Hace más de diez años que trabajo en atención primaria, los primeros seis transcurrieron en un Centro de Salud de la zona norte de la ciudad, en un barrio muy retirado, alejado. Cuando alguien me preguntaba dónde quedaba, solía responder: “*casi caído del mapa de la ciudad*”. Si me preguntaban cómo llegar hasta allí, advertía que las referencias eran complejas, imprecisas y poco claras, para quienes nunca habían accedido al lugar. Estaba situado apenas a dos cuadras de una gran extensión rural.

Por motivos personales solicité mi traslado a un Centro de Salud que estuviera en la zona sur de Rosario. Así, pasé de un centro del extremo norte de la ciudad a otro del sur. Y los cambios fueron muchos.

Las pocas referencias que tenía de este nuevo Centro de Salud no eran muy alentadoras, no en cuanto a lo institucional, al equipo de salud y a su trabajo, sino a la conflictiva del barrio en donde el mismo se emplazaba. Permanentes peleas entre bandas, asociadas al narcotráfico. Si bien estas disputas se reproducen en casi la totalidad de los barrios de la ciudad, en este parecería ser casi su marca registrada y estigmatizante.

Aún así, llegué en un caluroso día de diciembre en el que se celebraban los diez años del Centro de Salud. El festejo se realizó, poco antes del mediodía, en la puerta del mismo, sobre una plazoleta en la que se encuentra el Centro de Salud, una calesita y un

1 Freud, S., “El Malestar en la cultura” en *Obras Completas*, Vol. XXI, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

salón de ventas que hace un tiempo atrás fue una regalería, y supo tener su momento de gran esplendor, los vecinos lo recuerdan rápidamente al mencionar su nombre. Con arreglos coloridos, música, actividades para adultos y niños se desarrollaba el cumpleaños. No sólo participamos del festejo el equipo de salud, sino también referentes de otras instituciones, algunas autoridades y vecinos. Sin embargo, el clima caluroso y festivo se tornó peligroso y hostil cuando escuchamos una gran cantidad de disparos, a metros de distancia, en la puerta de una de las escuelas públicas con mayor concurrencia en la zona. Comenzaron gritos y corridas desordenadas de todos los que estábamos allí. El intento por resguardarnos y protegernos hacía que nos chocáramos entre nosotros. Más adelante supimos que se trató de un nuevo enfrentamiento entre bandas.

Con el correr de los días, los meses y ahora los años, pude advertir que esas situaciones se reiteran. Las balaceras y los enfrentamientos entre bandas no suelen suscitarse a determinadas horas, sino que se han profundizado, y en estos últimos tiempos no sólo la luna es testigo. Una compañera de trabajo suele decir que ella no lee “*el diario*”, porque allí lo tiene todos los días. Con el tiempo fui comprendiendo a qué aludía con esta enunciación. Conocer lo que sucede en el barrio es posible al escuchar el relato de los pacientes, sus condiciones de vida y los devenires de las mismas, algo así como ir armando la cartografía del territorio. Los vecinos ya saben (lamentablemente) cuándo se va a producir el nuevo enfrentamiento, la represalia, y pareciera existir hasta cierto olor, cierto tufillo, de misteriosa calma que antecede el peligro.

Estas peleas entre bandas inciden permanentemente en el barrio. Los taxis, luego de ciertas horas, ya no entran, y las ambulancias sólo lo hacen si son acompañadas de la policía. La policía, cada tanto, enciende sus sirenas y arremete velozmente por la avenida detrás de algún nuevo enfrentamiento. El barrio es acreedor de una hostil realidad que pocos desconocen.

El Centro de Salud se encuentra ubicado en una zona muy urbana, uno de los complejos más grandes edificados por el Fondo Nacional de la Vivienda (FONAVI). La zona de la ribera, en cambio, se caracteriza por asentamientos irregulares, un puerto pesquero y otras instalaciones portuarias.

Como dije anteriormente, el Centro de Salud está situado en una plazoleta, pobre de árboles, que al cabo de ser plantados suelen desaparecer. El sol se impone. También compartimos la esquina con algunos jóvenes que desde hace un tiempo han colocado un puesto de choripanes que cocinan llegada la tardecita. En una esquina contraria y desde hace mucho tiempo permanece la vendedora de bolitas de fraile y tortas fritas.

En el barrio las instituciones no escasean, hay escuelas primarias, secundarias, jardines, una iglesia, una biblioteca, dos centros de salud provinciales, una clínica privada, dos vecinales, el polideportivo, el Parque del Mercado, un Cepla (Centro de Prevención local para las Adicciones), CCB (Centro Comunitario Barrial), refugio para gente que vive en situación de calle, un gran vivero y huerta llamado Tablada y debe haber más.

Sobre la avenida hay muchos comercios que bajan sus persianas a la hora de la siesta, para volver a abrirlas ya entrada la tarde, que es cuando transita mayor cantidad de gente y coincide con la salida de los chicos de la escuela.

El Centro de Salud se encuentra rodeado, en su mayoría, por tres tipos de construcciones Fonavi, torres y pasarelas, cada una de ellas tiene sus particularidades, y las dimensiones son diferentes. Las construcciones de cocheras que han realizado muchos vecinos quedan a cuenta de quien se ha apropiado de ese espacio, y suelen realizarlas tomando parte de las veredas. En su mayoría no quieren dejar sus casas solas, siquiera por unas horas, ante el temor que sean ocupadas. Hacen referencia a un grupo ligado al narcotráfico que se ha metido en varias de ellas e incluso desalojando a familias.

Muchos de quienes viven allí tienen una cobertura de salud a partir del trabajo que realizan, y muchos otros en algún momento han quedado fuera del circuito laboral y por ese motivo, desde hace años se atienden en el Centro de Salud. En su mayoría cuentan con los servicios básicos para poder vivir (agua, luz, gas) y están afiliados a las instituciones.

Sin embargo, hay otro sector de la población que asiste al Centro de Salud, que tiene otras condiciones materiales de existencia y otra filiación a las instituciones, probablemente en este caso no se trataría de gente que lo ha tenido y lo ha perdido, sino más bien que nunca han accedido. Viven en asentamientos, en casas de extrema precariedad, y no cuentan con servicios básicos. Entre sus habitantes, son los menos los que han podido alfabetizarse, y la actividad laboral que sostienen son changas, informales y escasas.

Tablada es un barrio conocido y muchas veces mencionado, no precisamente por sus campeonatos de ajedrez, por sus maratones solidarias, ni por la gran Orquesta del Bicentenario que lleva ese nombre, sino más bien por las cocinas de drogas que ahí funcionan, por el gran mercado del narcotráfico (del que viven numerosas familias), por su red delictiva, por las peleas entre bandas con referentes más que conocidos y mencionados en todos los pasquines de la ciudad.

Los enfrentamientos casi a diario entre bandas, los “ajustes de cuentas”, las disputas por la droga, el poder y el territorio, son una de las menciones ineludibles que cualquiera haría en el intento de caracterizar el lugar. Esa configuración social no es nueva, pero los vecinos coinciden en relatar que en estos últimos tiempos esto se ha profundizado de tal modo, que muchas de las actividades de su vida cotidiana se ven restringidas o modificadas. Algunos vecinos mencionan el asesinato del jefe de una de las bandas en disputa como el desencadenante de este nuevo ordenamiento barrial. Como si las distribuciones de lugares de muchos jóvenes y sus familias se hubieran modificado al compás de esta pérdida. No

ha faltado oportunidad en la que llamen por teléfono refiriendo no poder ir al Centro de Salud a atender al niño, o a retirar algún turno, porque en la planta baja de su torre o en la esquina se están tiroteando.

Sin dudas, es complejo y tiene múltiples aristas el tema del narcotráfico. Su omnipresencia se da en muchos de los barrios de nuestra ciudad, y los jóvenes suelen ser utilizados como “soldaditos”, es decir, forman parte del eslabón más precario y vulnerabilizado de esa trama delictiva. Por unos pesos diarios que exceden lo que podrían ganar en una semana, se arman, atienden los bunkers, y distribuyen/consumen droga, formando filas para alguna de las bandas en conflicto. Se instituye así toda una economía del que viven muchas familias. Una paciente refiere: *“mi novio ya no puede entrar más al barrio por el miedo...lo han revisado al modo de una requisita y lo indagan persecutoriamente cada vez que ha venido a buscarme...al desconocerlo, piensan que pueda jugar para la otra banda”*.

Muchos de estos jóvenes, nómades, que transitan en los márgenes, son quienes llegan al Centro de Salud, de modo episódico a curarse sus heridas de arma de fuego, la mayoría en sus piernas, mensaje de advertencia. Lenguaje de las armas en el cuerpo. Cuerpos de deshecho, objetos de una pedagogía de la crueldad.

También son frecuentes las mudanzas de familias a otros barrios. Entre gallos y medianoche, luego de uno o varios “avisos” que suelen impactarse en las paredes de sus casas, deciden emigrar a otros barrios en los que se encuentren a salvo.

Esta limitación para “transitar libremente” que denuncian algunos pacientes también produce consecuencias en el equipo de salud al momento de planificar estrategias de trabajo intra y extra muro. Escasas son las prácticas y proyectos de trabajo sostenido que impliquen salirnos del edificio que nos contiene y nos protege. Se produce cada vez más un repliegue de las instituciones del Estado y una avanzada en el territorio de “escenas de violencia”.

Configuración institucional

El Centro de Salud es pequeño, tanto por su infraestructura como por los recursos humanos con los que cuenta. Diversos espacios de trabajo rompen con la monotonía asistencial. Además de la tradicional clínica de consultorio, existen espacios grupales hacia el interior del equipo donde se reelaboran problemáticas de salud (taller de TBC, de diabetes). También existe un taller grupal sobre alimentación saludable, en el cual participa gente de la comunidad. Allí los alcances trascienden los hábitos alimenticios y la pregunta es por aquello de lo que nos nutrimos; los lazos sociales se propician, la cita se colectiviza. Se constituye un “nosotros” que gratamente se va desprendiendo de aquella referencia que los encontró, para elegirse y autoconvocarse en otros lugares. La apuesta es a no quedar coagulados en un nombre de pertenencia que los ligue únicamente a ese taller.

El equipo de salud cuenta con 13 trabajadores y una gran ausencia (administrativos, médicos, enfermeros, un odontólogo, una psicóloga, un pasante de farmacia). La ausencia se llama trabajo social, un recurso en el trabajo diario, que hoy se torna fundamental en los centros de salud, y que sin embargo representa una deuda que ha sido y continúa siendo reclamada constantemente.

También contamos con un personal de seguridad privada que se incorporó hace dos años, luego de un arduo y espinoso debate al interior del equipo. Alguien que en su función, comporta cierto carácter de extimidad, es decir, no lo contamos como parte del equipo de salud, ni tampoco está por fuera. Desde el lugar físico desde donde trabaja (ni totalmente afuera, ni totalmente adentro), hasta las condiciones y políticas mismas de la empresa de seguridad que deciden rotarlos permanentemente con el objetivo de evitar que se establezca cierta “intimidad” con los equipos de salud, todo supone y expone el temor al desdibujamiento que podría producirse en su función en la ocupación de otros lugares que lo corrieran de su tarea asignada.

Sobre esto me detendré más adelante porque significa un puntapié para pensar y profundizar algunas cuestiones relativas a LA (in)seguridad en el barrio y los efectos que ella promueve. Entre ellos podemos mencionar los singulares modos de padecimiento y enfermedad, así como también el modo en el que la llamada (in)seguridad es pensada y problematizada en el Centro de Salud —tema que fue muy mencionado desde el inicio del escrito porque constituye un debate permanente al interior del mismo—. Se trata de aquello que no cesa de no inscribirse.

Los conflictos barriales referidos —protagonizados en su mayoría por jóvenes—, peleas entre bandas, episodios de enfrentamientos, los permanentes relatos descarnados de los pacientes aludiendo a esta conflictiva y un acontecimiento institucional que relataré a continuación, configuraron el terreno propicio para la inclusión de este personal de seguridad privada. Quizás también haya que agregar el discurso que los grandes medios de comunicación promueven, calando hondo e insistentemente en los espíritus de todos los mortales. Engendran un poder capaz de censurar información y de colonizar nuestras mentes; transmiten informaciones falsas que, por reiteradas, terminan instaladas como verdades irrefutables. Ubican a las masas en el lugar de un objeto cautivo y pasivo, rebaño fascinado y sugestionado.

Relato de la experiencia institucional

El relato alude a la inclusión de un personal de seguridad en el Centro de Salud. Quizás en estos tiempos estemos habituados a ver una persona de vigilancia en cada uno de los lugares por los que transitamos, desde un banco hasta un minimarket, pasando por escuelas, los countries y todo tipo de comercios; sin embargo, merece la pena situar cuáles son las significaciones que se van configurando en una institución de salud para que ello comience a pensarse como una posibilidad. ¿Por qué incluir a un personal de seguridad privada? ¿Por qué no?

Además del particular festejo de cumpleaños relatado en el inicio del escrito, hubo un episodio que significó un punto de inflexión en los tiempos de discusión y reflexión sobre la incorporación de un empleado de seguridad en el Centro de Salud. Fue el ingreso de un hombre armado que amenazó a su mujer, quien estaba en la sala de espera aguardando el ingreso a la consulta médica. Una escena estremecedora, de esas que uno no logra comprender y que tarda varios minutos para volver en sí. Es como si se tratara de una escena sobre otra escena, es decir, algo del orden de lo privado, de una escena entre dos, que se muestra y se ofrece a ser mirado. La violencia en acto.

La advertencia de esta situación y el miedo del equipo de salud por lo acontecido, hicieron que este planteo, que venía insistiendo, tuviera el primer lugar en la agenda de discusión semanal.

Ese límite demarcatorio que situaba el peligro “afuera” acababa de desdibujarse. Quedamos suspendidos. Resultaría un salvajismo referir qué es lo que en ese “entre dos” había acontecido, cuáles eran las historias que entretejían esa trama de amor y tragedia. Intentemos situar allí, la espinosa y compleja lectura que puede desprenderse de este episodio. Cuáles son los modos en los que podemos bordear aquello que se presentó al modo de lo intempestivo, de lo irruptivo y ante lo cual, nos quedamos sin palabras. Quizás no resulte holgado nominarlo como aquello que acontece al modo de lo traumático. Este episodio comenzó a cabalgar junto a otros y se constituyeron en los relatos que propiciaron la solicitud de un personal de vigilancia.

Fueron múltiples y variados los argumentos que acompañaban su pedido de incorporación. Desde la posibilidad de evitar que aconteciera nuevamente un episodio como el transcurrido, a la idea de ubicar allí cierta protección y cuidado ante la inminencia de un nuevo conflicto. “Esta persona podría ofrecer *seguridad y presencia*”, “podría ser una figura que *disuada*”, “...esta *violencia* no es natural”, “...cada vez son más los pacientes que relatan en el consultorio situaciones de violencia: tiros a cualquier hora del día, amenazas”, “...me da *miedo* quedarme sola atendiendo”. Algo así

como buscar medidas de protección que puedan acotar la desmesura que nos habita.

Por otro lado, se escuchaba la contracara de esos enunciados, aquellos que coincidían en no advertir la inclusión del personal de seguridad como una solución (ni tan solo parcial): “puede ser una figura que lejos de tranquilizar, *impida* la llegada de algunos pacientes, sobre todo aquellos jóvenes que tienen algún *conflicto* con la *ley*”, “el problema de seguridad no es algo que nos ocurra solo a *nosotros* y de lo que tengamos que cuidarnos, sino que es más *complejo*”, “las pocas situaciones de malestar que los pacientes expresan en el Centro de Salud no representan *agresiones* sino *enojos* por la cantidad de *NO* (aludiendo a los problemas diarios en la atención, falta de recursos materiales y humanos) que reciben de los servicios de salud, y esos debería responderse con *más salud* no con *seguridad*”, “cuando los pacientes se sienten *cuidados* y *alojados*, se sienten más seguros” (podríamos hacer una alteración en la frase y cambiar pacientes por personas). Me interesa tomar algunos de estos enunciados, abrir interrogantes, que nos permitan profundizar el tema.

Sin dudas, lo que aquí nos interesa no es tomar partido por quienes argumentaban la necesidad de la inclusión del empleado de seguridad o quienes argumentaban lo contrario, sino más bien leer la escena, reflexionar sobre lo que allí acontece. En esta oportunidad se produjo en el seno mismo del Centro de Salud, colocándonos como testigos involuntarios de tal acontecimiento. ¿Cómo no caer presos del miedo y la angustia ante semejante suceso, cuando parece que por instantes la vida de esa mujer y la de cualquiera que allí estuviera presente se encontraba amenazada? Esto nos conmina a interrogarnos y a pensar. No matemos al mensajero.

¿Cómo escuchar una repetición y no repetir una escucha?

Desde hacía un tiempo las reuniones de equipo se habían constituido en el espacio colectivo de discusión y debate. En su mayoría, los relatos se referían a la violencia en el barrio, las muertes reiteradas semanalmente, las palabras inseguridad, narcotráfico, violencia, y algunas más se hacían oír. Las consultas de los pacientes relataban frecuentemente malestares asociados a episodios por los que estaban atravesados, entramados en esta conflictiva. La violencia ingresaba, se colaba y se hacía presente una y otra vez en cada palabra enunciada por quienes consultaban. Afuera del Centro de Salud golpeaban los actos y adentro golpeaban las palabras. Parecería haber una topología que dividía las aguas, hasta que, de pronto, aquello que había sido exclusivamente un acto del afuera había ingresado al Centro de Salud.

El otro, extraño a la institución y que raramente circulaba por ella, se constituía como una figura amenazante, intimidante. Al compás de estas menciones se escuchaba el malestar de los trabajadores en sus cuerpos, las marcas del agobio, “¿hasta cuándo vamos a poner el cuerpo?”, “...yo no voy a dejar mi cuerpo en esto...”, como si algo del exceso se hiciera presente allí. ¿A qué aludían estas menciones? A la escena traumática relatada, sin duda, pero además se hacía presente el cansancio por parte de los trabajadores respecto a la imposibilidad (traducida en impotencia) de responder a los insistentes pedidos de los consultantes en torno a esta problemática. En múltiples ocasiones, eran depositarios de reclamos y solicitudes que excedían las posibilidades de respuesta desde el Centro de Salud. Como si se hiciera presente una y otra vez, ante los ojos y la escucha del equipo de salud, escenas del orden del horror para los que no se encontrara ningún velo que medie los episodios descarnados de la condición humana. Algunos transcurrían en el afuera, mientras que otros comenzaban a suscitarse en acto dentro de la institución. Un límite había sido franqueado, ¿ya no estábamos seguros? La “inseguridad” había

atravesado hacía ya un tiempo las puertas del Centro de Salud, no a través de la violencia ejercida sobre la institución, sino a través del pedido de intervención por parte de los pacientes. En múltiples ocasiones, los efectos de esta conflictiva se hacían oír en los cuerpos de los pacientes y de los trabajadores, promoviendo un particular modo enfermar y padecer, cefaleas crónicas, insomnio, angustia, etc.

Lacan habría dicho “...mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época...”² y por momentos no avizoraba más que una renuncia colectiva. ¿Se trata de pensar en una nueva configuración de las prácticas? ¿de poder situar cuál es el campo posible de intervención desde un Centro de Salud ante semejante problemática, que sin dudas lo excede? La violencia no nace ni es exclusiva de este barrio, ni de esta ciudad, ni de este país, pero en el intento de no suprimirla como problema ni naturalizarla por antigua, ni de ponderarla al punto de quedar situados del lado de la impotencia, ¿cómo situarlo? La avanzada de la misma, ¿va constituyendo nuevos modos de enfermar y padecer en la población? La inclusión del personal de vigilancia ¿significa un intento de barrera ante esta avanzada a la vez que representa un síntoma de estos tiempos?

¿Cuál es la función de este personal de seguridad?, ¿A quiénes cuida, a quienes protege? ¿Quiénes son “los violentos”, los que promueven la inseguridad? ¿Cómo abordar esta complejidad que atraviesa y excede la posibilidad de intervención del equipo de salud? ¿El empleado de seguridad, podría operar como una “prótesis” (fallida) ante las respuestas insuficientes que ofrece una institución de salud del Estado a quienes acuden a ella? ¿El empleado de seguridad viene a atemperar los efectos de (in)seguridad (desamparo) en los trabajadores? ¿El Centro de Salud responde a este derecho a la salud ofreciendo un servicio? ¿El de “seguridad”?

2 Lacan, J., “Función y campo de la palabra y del lenguaje” en *Escritos 1*, Buenos Aires, Siglo XXI editores, 2003.

¿Cómo pensar/abordar la problemática de la (in)seguridad y los consecuentes efectos al interior de la institución desde la especificidad de la práctica psicoanalítica?

“(in)seguridad”. Algunas consideraciones generales

Si bien la seguridad ha sido uno de los elementos que definen y caracterizan los fines del orden social y el Estado, no siempre se ha entendido de la misma manera. El contenido de la seguridad (múltiples inseguridades ligadas a cuestiones estructurales del orden social o inseguridad personal vinculada al delito convencional, por mencionar algunos), así también como el sujeto o problema amenazante (el anarquismo, la subversión, el narcotráfico, el delito convencional, el terrorismo) y, como correlato, las diferentes formas de intervenir sobre ellas, han ido modificándose con el paso del tiempo. Por tal motivo, me inscribo en la línea de quienes creen que debemos abordar el problema de la (in)seguridad como una relación social arraigada en un espacio y tiempo determinado, y no como un dato esencial de la realidad. Aunque han sido múltiples y variados los episodios mencionados en torno a la (in)seguridad, la mayoría de las veces eran protagonizados por jóvenes que raramente acudían al Centro de Salud, que si lo hacía eran sólo de modo fugaz, alterando “el orden” institucional.

Los episodios de violencia existen, y desde el inicio del escrito se han plasmado. Sin embargo, no puedo dejar de preguntarme sobre el modo de abordaje que dicha conflictiva social tiene. ¿No hay algo sospechoso, sin duda sintomático, en este enfoque único centrado en la violencia subjetiva (la violencia de los agentes sociales, de los individuos malvados, de los aparatos disciplinarios de represión o de las multitudes fanáticas)? ¿No es un intento, a la desesperada, de distraer nuestra atención del auténtico problema, tapando otras formas de violencia y, por tanto, participando activamente en ellas?

De este modo nos pasamos el tiempo asignando lugares desde una mirada dicotómica, ubicando de un lado los violentos y del otro los violentados. Víctimas y victimarios. Mirada binaria. Me atrevería a decir que suele agudizarse la mirada estigmatizante y desplazarse a los jóvenes, “negros”, “pobres”, “villeros”, “delincuentes”, “drogadictos”, configurando *el ser*, la identidad del marginal casi a modo lombrosiano. Pero deberíamos aprender a distanciarnos, apartarnos del señuelo fascinante de esta violencia «subjetiva», directamente visible, practicada por un agente que podemos identificar al instante. Necesitamos percibir los contornos del trasfondo que generan tales arrebatos.

Zizek, filósofo, sociólogo y psicoanalista, menciona que dos tipos de violencia coexisten en nuestra vida cotidiana: la violencia simbólica ejercida por la exclusión que denota el lenguaje, y la sistémica, cuya dinámica se encuentra enraizada en el funcionamiento de la economía y la política. La simpatía por las víctimas de la violencia, la caridad y otros artefactos similares, ponen en evidencia que nuestra visión moderna de lo que es violento o no lo es, se encuentra muy sesgada. En palabras del propio Zizek con respecto al horror que despierta la violencia:

“...mi premisa subyacente es que hay algo inherentemente desconcertante en una confrontación directa con él: el horror sobrecogedor de los actos violentos y la empatía con las víctimas funcionan sin excepción como un señuelo que nos impide pensar. Un análisis conceptual desapasionado de la tipología de la violencia debe por definición ignorar su impacto traumático.”³

Me pregunto si esto no nos arroja a ubicar más cierta igualdad en la uniformización que reconocimiento del otro, en tanto otro,

3 Zizek, S., *Sobre la violencia: seis reflexiones marginales*, Buenos Aires, Paidós, 2009.

diferente a mí, y a su vez se diluye en la indiferencia: cada uno es igual a todos. La cuestión de la libertad es problemática, tienen sus condiciones. La igualdad formal, que sostiene la democracia, no es efectiva: la desigualdad de oportunidades es flagrante, y los procesos de exclusión van en aumento vertiginoso. Lo público pasa a ser lo numeroso, y la igualdad queda desmentida, así como la singularidad. La singularidad queda ahogada en la numerosidad. Hoy los fenómenos de masificación se logran por los medios de comunicación, que transmiten mensajes performativos y modelos de identificación. El sujeto tiene que pagar su inclusión en el sistema simbólico y también en el sociopolítico, sin lo cual será excluido. Pagará consumiendo bienes y deseos. Hoy la actividad económica va quitando espacio al poder político y se autonomiza el mandato al sujeto singular, “el individuo”, mandato de excelencia y eficacia, se exagera: recordemos la sabiduría de las tarjetas de crédito: “pertener”, reza American Express. Pertener es el ser del tener. Se interrumpió la dialéctica, coagulada la identidad en el tener. De lo contrario, se deja de ser: excluido, el que no tiene no es.

Hay, sin dudas, otro elemento que deberíamos incluir en esta reflexión, y es cómo operó el miedo en el acontecimiento relatado. Negar que este fue el afecto que inundó la institución sería descabellado. ¿Quién no sentiría miedo ante la posibilidad de un riesgo semejante? Sin embargo, intentando no pecar de ingenuos, resulta interesante recuperar la utilización que del mismo hacen algunos sectores para instalar una política sólo represiva de esta conflictiva tan compleja. Recuerdo el libro de extenso trabajo periodístico que realiza la canadiense Naomi Klein, al que titula “*La doctrina del shock*”. Allí hace mención a la necesidad de engendrar el miedo para instrumentar políticas. También Žižek nos brinda material para poder pensar esto. En el segundo capítulo “*Sobre la Violencia: Seis Reflexiones Marginales*”, “*Teme a tu vecino como a Ti mismo*”, Žižek cuestiona el rol que juega el miedo político en la vida social de los ciudadanos comunes. Nuestro filósofo enfatiza:

“...con la administración especializada, despolitizada y socialmente objetiva, y con lo coordinación de intereses como nivel cero de la política, el único modo de introducir la pasión en este campo, de movilizar activamente a la gente, es haciendo uso del miedo, constituyente básico de la subjetividad actual. Por esta razón, la biopolítica es en última instancia una política de miedo que se centra en defenderse del acoso o de la victimización potenciales.”⁴

Según cuenta una conocida anécdota, un oficial alemán visitó a Picasso en su estudio de París durante la Segunda Guerra Mundial. Allí vio el *Guernica* y, sorprendido por el «caos» vanguardista del cuadro, preguntó a Picasso: «¿Esto lo ha hecho usted?». A lo que Picasso respondió: «¡No, ustedes lo hicieron!». Por supuesto que diferenciando claramente los contextos.

Pensando la institución

Criticamos las instituciones que nos habitan y que habitamos, pero no hay posibilidades de pensarnos por fuera de las mismas, sí de modificarlas y cuestionarlas, de ubicar las significaciones que las penetran y las clausuras que operan en ellas. Interrogarnos por la inclusión o no de un personal de vigilancia nos reenvía a la pregunta por los sentidos, los relatos y las prácticas que penetran la institución. Significa también leer la sociedad allí, en esta porción que forma parte de ella.

Sabemos que las instituciones son la respuesta que la sociedad ha encontrado para abordar los tres imposibles freudianos: gobernar, educar, analizar. Estar advertidos de la no pureza y finalidad filantrópica de las instituciones nos permitirá orientarnos en la reflexión.

4 Zizek, S., “Teme a tu vecino como a ti mismos” en *Sobre la violencia: seis reflexiones marginales*, Buenos Aires, Paidós, 2009.

Antes de detenernos específicamente en la institución en la que desarrollo mis prácticas, hago un paréntesis sobre las instituciones en general y la participación del hombre en la creación y transformación de las mismas.

Castoriadis, filósofo, psicoanalista y militante, ha dedicado gran parte de su obra a pensar el origen y la complejidad de la condición humana y ponía a dialogar distintos discursos en el intento de comprenderla. El objetivo de un análisis profundo excede las posibilidades de este escrito, pero me interesa recuperar al menos algunas ideas de un texto llamado “*Antropogenia y autocreación*”⁵. Allí, Castoriadis, toma dos tragedias totalmente opuestas para poder dar cuenta del origen del hombre: mientras en una se trata de una fuerza extrasocial (una potencia divina) como fuente creadora del hombre, en la otra es el mismo hombre el que, a través de su potencia, se autocrea.

En la primera tragedia se trata de una lucha entre dioses en la cual uno tiene como propósito la destrucción definitiva del mundo terrenal, mientras que el otro decide salvar a quienes lo habitaban, unos seres extraños, monstruosos (casi zombis). En este salvataje les va donando herramientas para que puedan vivir. Les proporciona el lenguaje, los números, las artes, el tiempo y con ello la previsión de la muerte. Elemento que subrayo, porque es la misma posibilidad de la finitud de la existencia lo que hace al hombre comenzar a crear. Lo que hace, dice el autor, es hacerlo ingresar en las instituciones.

Castoriadis nos fuerza a pensar en cuáles serían las posibilidades de existencia de los hombres por fuera de las instituciones, no más que zombis, que figuras monstruosas, casi oníricas.

En oposición a esta tragedia, en la que la creación del hombre depende de una potencia divina, ubica la conocida y renombrada tragedia de Antígona, en la que los hombres se crean a sí mismos,

5 Castoriadis, C., *Figuras de lo pensable*, Buenos Aires, FCE, 2006.

crean la filosofía y la democracia, con esto lo que se produce como ruptura de la configuración social y política del momento es la posibilidad del hombre de dictarse y discutir las leyes. La política/polis, en el centro de la escena.

Resulta interesante recuperar este planteo, no sólo porque da cuenta de los modos antagonistas de pensar al hombre que convivían en la Atenas del siglo V y creo que también conviven en la actualidad; sino también porque alude fuertemente a la importancia decisiva y estructural de las instituciones en la creación humana y social, pero sobre todo en la posibilidad de transformación del hombre a partir de la política como herramienta decisiva para lograrlo. Si algo de esto no operara en cada uno de quienes trabajamos en ellas, ya hubiéramos apagado la luz y cerrado la puerta, abonándonos a la teoría destinal de nuestro devenir.

Quienes decidimos sostener nuestras prácticas en instituciones tenemos que vérnosla también con la cara más controladora de la misma, y algo de esto es lo que podemos leer con la inclusión de un personal de vigilancia. Aunque no se atomiza allí TODO el control, como tampoco el mayor ni el único, representa sin dudas una imagen que no puede menos que remitirnos a ello ¿Cómo controlar aquello que se vuelve incontrolable y que desborda los límites imperantes? Apelar a un otro que, desde un lugar, pueda mirar. Me conduce directamente a la formulación que al respecto realiza Foucault en su conocido escrito “*Vigilar y castigar*”:

“La mirada puede ser sostenedora pero también controladora. La sociedad disciplinaria es aquella sociedad en la cual el comando social se construye a través de una difusa red de dispositivos o aparatos que producen y regulan costumbres, hábitos y prácticas productivas. La puesta en marcha de esta sociedad, asegurando la obediencia a sus reglas y a sus mecanismos de inclusión y / o exclusión, es lograda por medio de instituciones disciplinarias (la prisión, la fábrica, el asilo, el hospital, la universidad, la escuela, etc.) que estructuran

el terreno social y presentan lógicas adecuadas a la “razón” de la disciplina. El poder disciplinario gobierna, en efecto, estructurando los parámetros y límites del pensamiento y la práctica, sancionando y prescribiendo los comportamientos normales y / o desviados.”⁶

¿Cuál es la finalidad de las instituciones que poseen el sistema panóptico? Foucault explica que la finalidad primera es “*fijarlos (a los individuos) en un aparato de normalización de los hombres*”⁷. Así, la fábrica liga al individuo a un proceso de producción, la escuela a un proceso de transmisión de saber, y el hospital a una corrección y normalización de los individuos (lo mismo con la prisión).

Sabemos que, en la actualidad, muchas instituciones sanitarias, penitenciarias y educativas operan cierto “control social” bajo la justificación de intereses comunitarios; de todos modos, sería un grave error renunciar a las políticas reparadoras del Estado basándonos en los peligros de este mencionado “control social”. Son muchos los esfuerzos modestos y las iniciativas autogestivas que realizan aquellos que han quedado excluidos y reciben intervenciones reparadoras por parte del Estado a través de sus instituciones.

Una práctica contextualizada

En lo relativo al derecho a la Salud Pública, es la medicina el principal sostén de esta mecánica del control. Enfermo o no, la medicina se impone al ciudadano, porque más allá de sus enfermedades, sus funciones normalizadoras, interviene tanto en la contratación de empleados y pericias judiciales como en las normas de

6 Foucault, M., *Vigilar y castigar*, parte III, cap. III “El panoptismo”, Buenos Aires, Siglo XXI editores, 2002.

7 *Op. cit.*, p.213.

alimentación, higiene y seguridad. Luego con el entrecruzamiento del criterio de normalidad (que es estadístico) con el de salud (que es biológico), bizarramente se homologa “sano” con “normal”. Desde esta perspectiva, toda institución Pública de Salud y su posible intervención psi, deviene escenario privilegiado en la red, tanto para las quejas por la “conducta anormal” de algunos como para demandar su urgente restitución a los “esperables” parámetros de normalidad.

Se agrega entonces a la lista, un tipo particular de demanda institucional, que podemos llamar de “normalización”, en la cual, lo que viene fracasado de la ley, o lo que no anda en la institución escolar, familiar, cobra consistencia en alguien que, nombrado como paciente y “mandado” a tratamiento, no es sujeto de esa demanda, al menos en la instancia de la admisión.

Uno de los puntos más interesantes, quizás, sea pensar sobre el mandato social acerca de lo que se espera que haga un Centro de Salud y específicamente un psi en una Institución Pública. Mandato que atraviesa la institución y a la red, a los pacientes y a los profesionales.

Al profesional psi se le plantea una solicitud concreta: “dilucidar, explicar o aclarar (aquello) que para alguien resulta extraño” e insoportable, esperando que rápidamente se encuentre tanto su causa como su remedio. Así, en esa demanda se pone en juego un saber, cuyo lugar, generalmente, no está, en principio, del lado del que consulta, sino que es atribuido a la institución y en particular al psi “como especialista que allí desarrolla su práctica”. Pero el mandato no se detiene allí. Espera que el profesional “psi” y la institución se hagan cargo de cualquier tipo de urgencias, allí, donde la red social de contención resulta insuficiente. Con frecuencia los centros de salud representan la puerta de ingreso de la comunidad a las instituciones del Estado y en muchas ocasiones continúa siendo, junto a la escuela, una de las instituciones que recibe múltiples demandas.

Así, desde el discurso imperante, se reclama la terapia “psi” para amortiguar el impacto social de las políticas de Estado, con-

vocando a los sufrientes a nombrarse como víctimas, con el consecuente aplastamiento subjetivo. Luego, toda respuesta al mandato social desde el ideal asistencialista, resultará funcional a ese discurso. Resulta elemental estar advertido de esto para evitar nominar la insatisfacción de estos derechos básicos en categorías psicopatológicas. Separar la paja del trigo. Que la pobreza no encuentre su vestido en el placard de los nomencladores de un saber hegemónico, operando allí nuestro saber técnico como un instrumento de ocultamiento.

En salud, más precisamente en los hospitales generales, el nivel de complejidad está dado por la sofisticación de la tecnología, a mayor aparatología, mayor complejidad de la atención. Sin embargo, la complejidad en salud en los centros de salud y específicamente en salud mental, no podría leerse desde esa misma lógica. En reiteradas ocasiones los pedidos que llegan a la institución exceden las posibilidades de intervención desde este sector. Se trata de situaciones en las que la vulneración de derechos elementales produce sufrimiento y la articulación de trabajo con otros estamentos del Estado se torna imprescindible.

Contextualizar la práctica implica poder situar la multiplicidad de dimensiones que la constituyen y que en su entramado producen tensión. Y es con esta tensión permanente con la que tenemos que vérnosla quienes trabajamos allí. Resulta necesario elevar nuestra mirada desde la microscopía clínica, que es necesario seguir sosteniendo, pero también ir desde allí hacia la comprensión de aspectos de la cultura y la vida social actual, en la cual podemos desentrañar los valores de una producción de subjetividad que está transitando grandes transformaciones. Conocer la complejidad de las demandas no implica responder a todo, sino poder situar límites de intervención que hagan un trabajo posible. Son frecuentes las instancias en la que los médicos reiteran que “otras” necesidades (padecimientos) de los pacientes les impiden abordar la atención clínica para la cual ellos están convocados. Reciben a diario pedidos teñidos de otras demandas que confluyen en la consulta médica y la desbordan en su complejidad.

Y este proceder es necesario porque no se trata de rasgos que denoten solamente la relación de las personas con la cultura, “*sino también de los modos como esta cultura impregna obviamente la propia subjetividad de los trabajadores, en tanto sujetos de una misma cultura*”⁸. Lo cual hace más acuciente, dada nuestra posición de practicantes del psicoanálisis, una mirada crítica sobre el desenvolvimiento de éste.

Parafraseando a Ulloa, diremos que resulta necesario considerar la clínica psicoanalítica como *un quehacer crítico*⁹, aplicada a la práctica social del psicoanálisis, sin renunciar a los fundamentos esenciales del psicoanálisis, aunque procurando no entramparnos en aquellos proceder que son pertinentes en otros contextos más tradicionales, pero que no favorecen un desarrollo clínico que permanezca atento a las vicisitudes de la subjetividad en un campo social. Una atención que apunta a operar sobre la coartación del sujeto deseante, a fin de que se torne expresivo en su singularidad.

En la institución la demanda parece multiplicarse

Sabemos que la institución de Salud Pública se perfila en la intersección entre la demanda de asistencia y la oferta de dispositivos con que se responde a esa demanda. Pero aquello que llamamos demanda de asistencia no viene determinado solamente por lo que en la jerga de salud se conoce como consulta espontánea. El Centro de Salud, en tanto institución del Estado, está dentro de un ordenamiento social, en términos de una red de servicios.

Desde una lógica totalitaria, donde nada debe escapar a la “capacidad de legislar en pos de la Salud Pública”, el Estado, como toda estructura de poder y desde una lógica sanitarista, da instruc-

8 Ulloa, F., *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*, Buenos Aires, Paidós, 1995.

9 *Op. cit.*, p. 156.

tivos acerca de los servicios que deben prestar sus instituciones. Luego, desde su especificidad, cada institución es demandada por otras instancias de la red, a la vez que cada una de ellas demanda a los profesionales que allí trabajan, el cumplimiento de esos instructivos, a través de sus reglas de funcionamiento (atención gratuita, duración de los tratamientos, oficios judiciales, etc.)

La diversidad de los pedidos de intervención por momentos resulta infinita. La derivación puede ser interna o externa. Del equipo de salud o de instituciones educativas, de hospitales generales o monovalentes, del poder judicial, de promoción social. Adultos, jóvenes y niños habitan el mapamundi de las derivaciones. Ingestas de medicación, heridas lacerantes y autodestructivas, jóvenes en conflicto con la ley penal o derivados del dispositivo “heridos de arma de fuego”, víctimas de violencia institucional, atravesados por problemáticas de consumo, de maltrato, abuso; problemáticas referidas a la infancia, problemáticas del desarrollo, de aprendizaje, del lazo social, medidas excepcionales en curso cuando la vulneración de los derechos pone en riesgo la condición humana y se torna necesaria la intervención rápida y eficaz para garantizar el cuidado y la protección de los niños.

Sabemos también que en el Estado democrático, la Salud Pública es un derecho del ciudadano y el Estado es el supuesto garante de ese derecho, debiendo “regular, controlar y administrar recursos” para ello. Pero la defensa de este derecho inalienable muchas veces tiende a un adormecimiento que hace perder de vista las coordenadas que su implementación promueve en la escena institucional.

En primer lugar, este derecho instaura la obligación de atender y genera la demanda de asistencia masiva. Demanda que, desconociendo muchas veces los alcances de la especificidad asistencial, precipita un mandato en el discurso corriente institucional: “se debe atender *toda* la demanda porque es una Institución Pública.”

En segundo lugar, introduce un equívoco: porque el derecho no es a la salud (que es un estado particular del ciudadano), sino a la

asistencia gratuita (que es un servicio que el Estado debe brindar). Así, esta homologación entre salud y asistencia propicia la aparición de la particular figura de aquel que viene al Centro de Salud a reclamar por su salud, como si se tratara de algún bien que algún Otro debiera donarle o restituirle. Y por extensión, la aparición de aquellos que, a nombre de la Salud, reclaman por otros derechos que el Estado, caído en su función de regular el bien común, ha dejado de garantizar.

¿Cómo opera en la institución la repetición? ¿Es posible instalar una diferencia? Ponerle palabras al acontecimiento

Podemos advertir que entre los múltiples mandatos institucionales que habitan el Centro de Salud, y la profunda conflictiva en torno a la inseguridad que transcurre afuera y adentro de la institución, estamos conminados en reiteradas situaciones a quedar atrapados, ensordecidos y solos sosteniendo nuestras prácticas casi de modo automatizado y repetitivo, como quien padece los efectos de un trauma.

“Sabemos que la repetición emerge de un trauma, es el perpetuo retorno de lo mismo en los mismos lugares. Se trata de un fenómeno incoercible, inconsciente, que genera como efecto una presencia insistente, permanente y como tal no domenable. Obliga al sujeto a reproducir actos, ideas o sueños, que en su origen han generado sufrimiento y que conservan el carácter doloroso porque escapa a la regulación del principio del placer; se encuentra más allá, por fuera de la cadena de las representaciones inconscientes, es algo respecto de lo que no hay inscripción y es por ello que no se puede olvidar.”¹⁰

10 Miñarro, A., Morandi, T., *Trauma y Transmisión. Efectos de la guerra de L 36, la posguerra, la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos*, Barcelona, Henry Odell, 2012.

Este retorno de lo idéntico resultaba problemático cuando los acontecimientos parecían situarse fuera de la influencia de los trabajadores, acompañado de malestar y angustia.

Por lo tanto, si a la “labilidad” humana, a esa violencia traumática de origen, se suman estos traumas de raíz social que nos confrontan con situaciones que invaden violentamente el psiquismo de quienes habitamos la institución, asistimos a una “catástrofe psíquica”, es decir, alteran durante un tiempo nuestra capacidad de afrontar esto, la percepción del peligro y de la amenaza, la imagen de sí mismos y de los otros, en definitiva del trabajo diario.

Vemos que la violencia fractura, y de manera particular cuando este golpe a la vida y al deseo es el ataque a lo humano por otro humano. Me pregunto una y otra vez si esto no se agudiza cuando se alteran las funciones protectoras del Estado. A más violencias sociales no puede menos que generarse situaciones traumáticas.

En 1916¹¹ Freud definía como traumática una vivencia que en breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad de estímulo, que su tramitación por las vías habituales y normales fracasa, de donde por fuerza resultan trastornos duraderos para la economía energética. Ante el peligro, el sujeto vive la experiencia del desamparo y se encuentra desprovisto de los medios para soportarlo y canalizarlo. Al instalarse como fuera de tiempo, fuera de sentido, fuera de lugar, se hace difícil pensar, asociar, simbolizar psíquicamente la situación.

Esto empezaba a circular en los relatos de los trabajadores, la repetición, el exceso, la idea del desamparo, todo aquello que un sujeto puede vivenciar en una situación traumática, promoviendo efectos en sus propios cuerpos y también en el ejercicio de las prácticas. Hubo que hacerle lugar a esto en cada reunión de equipo, construir una y otra vez ese relato, que era el mismo pero diferente.

11 Freud, S., “Conferencias de introducción al Psicoanálisis” en *Obras Completas*, Vol. XV, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

En algunos casos, esto era traducido en cansancio corporal. “*Estoy cansada de poner el cuerpo*”, “*yo a esto no le voy a entregar mi cuerpo...*”. Pareciera hacerse presente algo del exceso, o del excedente. El cuerpo deshilachado se presenta allí, se hace oír. En la constitución del trauma se hará posible, asimismo, la *historización* que permite el recuerdo y el trabajo psíquico de la ligazón en representaciones. Se hace presente así la posibilidad de armar una red de sentidos —ficciones— sobre la presencia mortífera de la “pura corporalidad”.

El otro amenazante, extranjero

Quizás sea necesario aquí deconstruir mitos, ciertas unidades imaginarias, enmascaradas en fidelidades textuales y conceptuales, que tienen función legitimadora de las instituciones, sostienen identidades coaguladas y coagulantes. Corren el riesgo de significar filiaciones excluyentes, verdaderas “bandas” que dejen fuera todo lo que sea oído como “otro”, diferencia que, en cambio, podrían ser productivas.

Mientras se constituía el empleado de seguridad como una protección o un cuidador para algunos, para otros representaba una figura persecutoria, intimidatoria, probablemente más ligada a la cara represiva de la seguridad. Lo que podría significar un cuidado para unos, ¿para los otros podría ser invasivo? ¿Un cuidado sólo hacia adentro de la institución? ¿Y afuera?

¿El repliegue del Estado no propicia la avanzada de la tan mentada inseguridad? Si el Estado no se encuentra presente, aparecen otras figuras perversas que vienen a ocupar ese lugar de garante del ejercicio de las funciones que forman y constituyen lazos. Así se erigen ciertos líderes barriales que comandan bandas y distribuyen lugares, funciones, tareas. También donan sentidos. Probablemente TODA la inseguridad de la que hablamos no estará concentrada en estos mortales que solo representan un eslabón en una

compleja trama, pero cabe preguntarse si el Estado interviniendo en los territorios, haciéndose presente, acota los márgenes posibles para que estas avanzadas encuentren un límite a su despliegue metonímico. Sobre el inicio del escrito nos preguntábamos si estallan en salud esta cantidad de situaciones, porque es en el único lugar donde esto puede ser leído, hay una superficie donde producirse el estallido. Todos aquellos que transitan por los márgenes, fuera de carriles del orden hegemónico ¿es por la insuficiencia de aquél?

En esta coyuntura es posible leer un deslizamiento al pobre, marginal, drogadicto, como un otro amenazante. ¿Podemos acceder al otro despojándonos absolutamente de lo que somos? ¿Es posible acceder al otro en su otredad? ¿Puede el sujeto incluir al otro sin que el otro pierda su especificidad? ¿No hay en toda inclusión siempre una pérdida? El otro no es, no existe, es el excluido permanente el que siempre queda afuera. Si el otro fuera, sería algo y en ese ser que se lo apropia, lo fagocita, lo disuelve. Se totaliza. Pero cuando todo parece seguro en las coordenadas que el yo dispone, irrumpe el otro. Nunca pide permiso, es inesperado. Solicita y exige una respuesta. El otro se vuelve una amenaza. El valor más importante para el yo es su propia seguridad, construye sentidos, adaptando todo lo que lo excede a sus propios parámetros y así busca estabilidad; toda búsqueda de sentido es una búsqueda de seguridad, diría Nietzsche¹². Pero el otro golpea y desestabiliza. El otro es como un palo en el engranaje que detiene esa totalidad que venía funcionando bien. Pero la totalidad nunca cierra. Adentro del muro todo pareciera funcionar a la perfección, pero el muro se vuelve invisible y afuera están los otros que desde su indigencia golpean la puerta, o sencillamente irrumpen y esperan una respuesta. ¿Si estamos todo el tiempo relacionándonos con otros, podemos separarnos tan tajantemente de los otros? ¿En esta dialéctica permanente no somos todos un poco otros?

12 Feinmann, J., *La filosofía en el barro de la historia*, Buenos Aires, Planeta, 2009.

El problema es el extranjero, aquel que queda absolutamente por fuera de lo propio, aquel cuya presencia nos amenaza, nos pone en peligro. Su diferencia nos desestabiliza y allí o lo tolero o lo echo, y en ambos casos lo niego como otro. Si tolerar es aguantar no es negativa mi mirada, en tanto tolerar debería ser incluir la diferencia ¿Cómo nos relacionamos con el otro sin suprimirlo? ¿Cómo no caer en la paradoja? ya que si lo tolero y lo hago propio deja de ser otro y, a la inversa, si sigue siendo otro y no entra en mis parámetros y no hay lazo posible en ambos casos, ¿tengo que aceptar entonces que mi relación con el otro es algo imposible? El otro es alguien radicalmente Otro, ya que escapa a cualquier parámetro, es lo incomprendido, lo que me excede, el otro es siempre un monstruo, ya que eso expresa mejor que nadie la idea de lo que no encaja, lo que le temo, temo verme desapegado, salido de lo propio. La otra manera de relacionarme con el otro es desde la hospitalidad, allí se abre la puerta al extranjero. La hospitalidad implica la existencia de una diferencia radical, el otro no es un igual sino un diferente. Como dice Levinas¹³ el otro es una exterioridad irreductible al sujeto. Abrirnos en contra de nosotros mismos. No resuelve el problema del otro pero hace desapegarnos de nuestro yo, asume que nuestro vínculo con el otro es imposible, se resignifica esa imposibilidad, ubica que todos somos extranjeros, somos otros.

¿Pero dónde está el otro? ¿Afuera o adentro? Jean Luc Nancy un filósofo francés sufrió un trasplante de corazón a raíz de una enfermedad degenerativa y esto cambió su vida e impactó en su filosofía. Su propio corazón lo estaba matando pero fue el corazón anónimo de otro el que lo salvó, lo propio lo estaba destruyendo, lo extraño le dio vida. Tituló la disertación como “*El intruso*”¹⁴, ¿cuál corazón era el intruso, el ajeno o el propio? ¿No somos todos mixtos, no somos todos otros?

13 Levinas, E., *Totalidad e infinito*, Salamanca, Ediciones Sígueme, 2012.

14 Nancy, J-L., *El Intruso*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

“La relación con el Otro, poderoso, es constituyente y deja sus marcas. El sujeto humano, sujeto de lo simbólico, dividido, es impulsado por la herida constituyente a buscar siempre nuevos caminos para su deseo, con la ilusión siempre renovada de poder rellenar el agujero que lo constituyó deseante y sufriente.”¹⁵

Promover un intervalo

Pensar esto se vuelve imprescindible. Proponer el intervalo implica instaurar un espacio posible para el advenimiento de un sujeto. El sufrimiento se expresa y se presenta, por el camino que encuentra, muchas veces a contrapelo de aquellos caminos propuestos por la institución. Muchas veces el acto habla cuando un sujeto ha quedado sin palabras. Y la propuesta de ofrecer un lugar donde alguien pueda hablar, no es poco.

Situar dentro de la institución otra temporalidad que propicie la emergencia de la palabra, es bastante. Sabemos que no todas las palabras calman, tampoco la mirada. Hay palabras que persiguen, que humillan, que lastiman, incluso hay las que matan. Otro tanto con la mirada que puede ofrecerse como persecutoria y controladora o como un sostén, un apuntalamiento. No existe LA mirada.

Invitar a hablar es respetar los silencios, los velos, las imposibilidades.

Cuando la pérdida sea una falta y no una grieta que deja al sujeto sin pies.

Dar por perdido lo perdido y que eso no sea el sujeto.

15 Lacan, J., *Del discurso psicoanalítico*. Conferencia en Milán, 12 de mayo de 1972.

Al principio del escrito mencionaba que en su mayoría son jóvenes quienes protagonizan escenas de violencias y quienes en su particular modo de transitar por las instituciones hacen estallar las mismas, al escabullirse al modo que lo hace la arena entre los dedos.

¿Qué se presenta allí en estos jóvenes que se cortan, se laceran, se matan entre ellos? En ocasiones, la urgencia de lo insoportable arroja al sujeto a una acción que, aunque fallida por tratarse de una conclusión anticipada, intenta arrancarle a la angustia su certeza. Así, en el acting out, se muestra en la escena ese “resto” que en la escena anterior parecería faltar y, en el pasaje al acto, se sale de la escena para recuperarlo. A veces a costa de la propia vida.

¿Podríamos hablar de la ausencia del lazo social? ¿están por fuera de él, o se evidencia lo paradójico del lazo y su inconsistencia?

Se trata de un intento de restituir en lo real lo no inscripto en lo simbólico. Lo no tramitado simbólicamente se inscribe con los cortes en la carne. Por ejemplo, está instalado entre los adolescentes, que cuando alguien consume mucha cocaína hay que “cortarlo” para reducir, “hacerlo bajar”. En el cuerpo marcado dolorosamente (marcas, incisiones, tajos) hay una degradación de la palabra en aras de signos inscriptos en la carne. Se goza cuerpo y, paradójicamente, en la llamada al padre se hace existir al padre gozador.

No es que el lazo falla, sino que hay que hablar de la falla del lazo.

“Continuidad y discontinuidad, ligadura y desligadura, continuidad y corte, son inherentes a su estructura misma. Encontraremos al sujeto tomando posición respecto a la estofa inconsistente del lazo. Concebir la alienación y la separación como dos caras de una misma operación, nos lleva directamente a las paradojas del lazo.”¹⁶

16 Haimovich, E., Kreszes, D., Bugacoff, A., y otros, “Superyó: renegación de

Jóvenes que provienen de familias numerosas, de las que no reciben casi ningún capital simbólico, y que han transitado por un sistema educativo con frecuencia ajeno a su cultura. Jóvenes a quienes les espera una temporalidad sin futuro y una desafiliación marcada por la exclusión del trabajo y la falta de inscripción en formas estables de sociabilidad. Suelen manejarse en los márgenes, en la extimidad, ni totalmente adentro ni totalmente afuera. Pareciera que hablamos así de espacios, de localización de lugares, una especie de topología o de superficie por donde se distribuyen los cuerpos. Espacio físico del territorio, pero también podría ser una territorialidad de los códigos. Una cartografía singular.

Se trata de una marginalidad que puede ser entendida como esa fractura que expone a sus miembros a diluirse en los intrincados laberintos de la selva del cemento. Marginalidad que empuja a los bordes, pero también a una reterritorialización. Proceso mediante el cual las poblaciones atomizadas recuperan en los intersticios, en ciertas brechas, grietas urbanas, los rituales de la sociabilidad y algo de las ceremonias perdidas de su historia. Reterritorialización, también en esos espacios de reclusión conceptualizados por Goffman¹⁷ como instituciones totalitarias: los hospitales, las cárceles, etc.

Las formas de transgresión llevadas a cabo por estas bandas minoritarias no se agotan en la respuesta desordenada a la legalidad hegemónica. Que hay algo, en el devenir de estos grupos, que está al servicio del puro desorden, que algo del deseo social circula allí, y que las oposiciones bipolares: víctima-victimario, normal-patológico, integrados-excluidos, trabajadores-desocupados, no logran abarcar ni la energía que allí está en juego, ni el vacío que los alberga.

la ficción” en *Superyó y filiación. Destinos de la transmisión*, Rosario, Laborde, 2005.

17 Goffman, E., *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

Esta forma de organización, estos agrupamientos o desorganización marginal, cobijan la desmesura de una potencia incapturable que hace peligrar la integridad y la perpetuación del sistema de ligaduras sociales tal como está instituido.

Quizás tengamos que pensar la sociabilidad del margen por fuera de la negatividad, pensar la sociabilidad como función positiva del deseo en el campo social, como avatares de los flujos, devenires y fugas del deseo. Indicios de modos diferentes –ni deficientes, ni marginales– simplemente infinitos, en la producción de subjetividades.

Al decir de J.C Volnovich podríamos aceptar “*la plurilocalidad, allí donde hasta ahora buscábamos la unidad del lugar. La exigencia de romper con la localización y el consecuente referente único del desempeño social.*”¹⁸ Plurilocalidad que privilegia los lugares intermedios, los lugares transicionales de existencia, lugares contruidos a pura trayectoria, errancias y devenir. Rincones de plazas, esquinas, zaguanes de edificios, torres y pasarelas. Plurilocalidad, allí donde hasta ahora se suponía que había que descubrir el lugar único, lo más estable posible.

Nueva territorialidad itinerante que supone un nomadismo urbano que nada tiene que ver con la residencia fija. Sin embargo, no se trata de una atopía. Este nomadismo está localizado, hay un territorio. El sujeto sigue sus acostumbrados trayectos, va de un lado al otro, no ignora los puntos de referencia. Solo que esa circulación entre puntos de apoyo no es, como podría pensarse, causa, y coherencia de la circulación sino consecuencia, resto, huella, marca y trazo que resulta de ese tránsito entre puntos.

A diferencia de los puntos de apoyo que imponen una monótona fijeza a los trayectos sedentarios del sujeto integrado (“de la casa al trabajo, del trabajo a la casa”; “del sillón al avión, del

18 Volnovich, J., *El niño del “siglo del niño”*, Buenos Aires, Editorial Lumen, 1999.

avión al sillón, o como diría Charly, “yendo de la cama al living”), el nomadismo marginal construye su territorio basándose en puntos que son resto y consecuencia del trayecto recorrido.

Se trata de pensar la sociabilidad del margen como algo diferente de la negatividad o la insuficiencia. Diferente del lado oscuro y desordenado de la sociedad que tiende, eufemísticamente, a ser clara y ordenada.

¿Quién podría atreverse a discutir que la causa profunda de la marginalidad está directamente relacionada con la miseria económica y con los diversos tipos de indigencia? Sin embargo, lejos de ofrecerse como una monocausalidad mecánica, desborda en complejidades.

También resulta claro que esta marginalidad de la que hablamos tiene un registro singular en el imaginario social, no es una y la misma a lo largo de la historia. Suele asociársela como efecto indeseable e inevitable del Estado capitalista, aunque cabría preguntarse si no existía desde antes, desde los albores de la humanidad. Podríamos pensarla como una respuesta a cierta cultura hegemónica que se propone como centro, sin embargo me pregunto si esta lectura no nos llevaría a simplificar y denigrar una producción social, que lejos de ser sólo contestataria a un orden establecido, se resiste a quedar aprisionada dentro de los límites imperativos de las categorías totalizadoras.

Este sujeto individual que habita el margen participa, al mismo tiempo, de diferentes redes de sociabilidades, y se dispersa en una trama que se rehúsa a cualquier intento de unificación del yo. En las trayectorias marginales, la imposibilidad de construir una identidad estable y duradera se funda en la resistencia indolegable a aceptar las convenciones, el orden, las reglas de las buenas familias y el buen trabajo; resistencia a incorporarse en los parámetros clasificatorios de los psicoanalistas y resistencia que impide la captura institucional, aunque esta desborde de buenas intenciones con la que se intenta captar las fugas de los tráfugas.

Sin embargo, me pregunto una y otra vez por los efectos que promueve una situación de extremo desamparo social, allí donde los márgenes representan una fina topología, un lábil lugar por el que transitar, al punto de poder salirse de allí y caer.

“Marginales, tratados como desechos a eliminar, ¿qué posibilidades identificatorias les quedan? Sólo mortífera, la identificación con otro desproporcionalmente poderoso –la sociedad que los excluye y parece desear su muerte-, deseo de muerte del Otro que se inscribe en el inconsciente como discurso del Otro sin mediaciones, pesando sobre el sujeto, amenazando al sujeto con la abolición. En una identificación mortífera final, lo impulsa a desear la muerte del otro.”¹⁹

Como practicantes del psicoanálisis abonaremos a sentidos caóticos y discontinuos del inconsciente, sostendremos la apuesta a que el sujeto emerja y pueda constituirse con las marcas de su historia un lugar posible, una novela.

Palabras finales

A veces las instituciones engendran rigideces que son contrarias al fin que persiguen. La institución está llamada a ser conservadora, pero el proceso analítico debe ser innovador, incluso subversivo. Un equilibrio entre estas tendencias opuestas y las inevitables tensiones que suscitan, puede mantenerse en la actualidad. El poder que se desarrolla en el seno de las instituciones se basa demasiado a menudo en la falta de resolución de las transferencias y en la sumisión a un discurso dominante, que sirven más

¹⁹ Garcia Reinoso, G., “Relaciones de psicoanálisis con lo social y lo político” en *Estados generales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Siglo XXI editores, 2005.

para preservar los controles sociales y burocráticos que para abrir nuevas fronteras para la investigación y la asistencia. Debemos estar atentos a los márgenes, los desvíos y los intersticios, como instancias posibles donde sostener nuestras prácticas.

El psicoanálisis plantea más un campo de problemas que respuestas. Sería importante construir una referencia tercera. Evoco aquí unas palabras de Todorov, que podrían ser un lema que nos ayude a pensar; “*Prefiero buscar la Verdad a disponer de ella*”, o “*Entre el monólogo y la guerra, elijo el diálogo.*”²⁰ Cuando el saber se hace dogma y necesita oficiantes para su liturgia, el saber se estanca, se hace repetitivo, se cierra sobre sí mismo y no permite avanzar sobre nuevos temas.

20 Todorov, T., *El miedo a los bárbaros*, Buenos Aires, Galaxia Gutenberg, 2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTORIADIS, C., *Figuras de lo pensable*, Buenos Aires, FCE, 2006.

FEINMANN, J., *La filosofía en el barro de la historia*, Buenos Aires, Planeta, 2009.

FOUCAULT, M., *Vigilar y castigar*, parte III, cap. III “El pantoftismo”, Buenos Aires, Siglo XXI editores, 2002.

FREUD, S., “Conferencias de introducción al Psicoanálisis” en *Obras Completas*, Tomo XV, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

FREUD, S., “El Malestar en la cultura” en *Obras Completas*, Tomo XXI, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

GARCIA REINOSO, G., “Relaciones de psicoanálisis con lo social y lo político” en *Estados generales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Siglo XXI editores, 2005.

GOFFMAN, E., *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

HAIMOVICH, E., KRESZES, D., BUGACOFF, A., y otros, “Superyó: renegación de la ficción” en *Superyó y filiación. Destinos de la transmisión*, Rosario, Laborde, 2005.

LACAN, J., “Función y campo de la palabra y del lenguaje” en *Escritos 1*, Buenos Aires, Siglo XXI editores, 2003.

LACAN, J., *Del discurso psicoanalítico. Conferencia en Milán, 12 de mayo de 1972*.

LEVINAS, E., *Totalidad e infinito*, Salamanca, Ediciones Sígueme, 2012.

MIÑARRO, A., MORANDI, T., *Trauma y Transmisión. Efectos de la guerra de 36, la posguerra, la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos*, Barcelona, Henry Odell, 2012.

NANCY, J-L., *El Intruso*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

TODOROV, T., *El miedo a los bárbaros*, Buenos Aires, Galaxia Gutenberg, 2014.

ULLOA, F., *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*, Buenos Aires, Paidós, 1995.

VOLNOVICH, J., *El niño del “siglo del niño”*, Buenos Aires, Editorial Lumen, 1999.

ZIZEK, S., “Teme a tu vecino como a ti mismos” en *Sobre la violencia: seis reflexiones marginales*, Buenos Aires, Paidós, 2009.

ZIZEK, S., *Sobre la violencia: seis reflexiones marginales*, Buenos Aires, Paidós, 2009.

Acompañar en los bordes.

Una mirada sobre las actuales políticas públicas en la prisión

PSIC. VERÓNICA BORRA*

PSIC. ROMINA UMANSKY**

Integrantes del Equipo de Acompañamiento para la Reintegración Social,
Ministerio de Seguridad de la Provincia de Santa Fe

El tema sobre el que desarrollaremos la transmisión de nuestra experiencia surge de nuestra inserción como psicólogas integrantes de los Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social -E.A.R.S.- en las diferentes Unidades Penitenciarias de la zona sur de la provincia de Santa Fe, desde el año 2009. Se trata de equipos multidisciplinarios conformados por un Psicólogo, un Trabajador Social, un Terapista Ocupacional, un Abogado y, hasta hace poco tiempo, un psiquiatra.

A modo de contextualización de las instituciones en las que desarrollamos nuestra labor, podemos decir que las cárceles del sur de Santa Fe son 5:

* VERÓNICA BORRA: Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria. Integrante de Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social en cárceles de la provincia de Santa Fe. Docente colaboradora del Seminario de Pregrado “Institución carcelaria: ¿un espacio posible para la inserción del psicólogo?” de la Facultad de Psicología, UNR.

** ROMINA UMANSKY: Psicóloga. Profesora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Integrante de Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social en Cárceles de la provincia de Sta. Fe. Docente a cargo del Seminario “Institución carcelaria: ¿un espacio posible para la inserción del psicólogo?” de la Facultad de Psicología, UNR. Autora del artículo “Responsabilidad subjetiva e institución carcelaria”, publicado en la Revista de Ejecución de la pena privativa de la libertad y el encierro. Fabián J. Di Plácido Editor. Año 9, n° 7, 2017. i.s.s.n. n° 1850-1338.

la Unidad N°11, ubicada en la ciudad de Piñero, inaugurada en el año 2007 y considerada de máxima seguridad, con capacidad para alrededor de mil quinientos internos.

la Unidad N°16, en el límite de las ciudades de Rosario y Pérez, inaugurada en el año 2015, con capacidad para trescientos veinte internos.

la Unidad N°3, de Rosario, ubicada en una zona cercana al centro de la ciudad. Funciona allí desde hace más de cien años y aloja alrededor de doscientos cincuenta internos.

la Unidad N°6, ex Alcaidía de Policía, que fue absorbida y re-acondicionada por el Servicio Penitenciario en Octubre del año 2014 y aloja alrededor de quinientos internos.

la Unidad N°5 de Rosario, que funciona desde el año 1974, con capacidad para alojar alrededor de cincuenta mujeres.

El personal que trabaja en cada institución está integrado por empleados del Servicio Penitenciario, fuerza de seguridad cuya organización es vertical, respondiendo a un ordenamiento de jerarquías. Los empleados de “Cuerpo General” son los oficiales y sub-oficiales de carrera penitenciaria, (son quienes visten uniforme), y los equipos de profesionales ya mencionados, quienes constituimos una minoría en relación con el personal uniformado, además de los profesionales médicos.

Existen al interior de cada cárcel distintas secciones: la sección de Correccional (encargada de los trámites y expedientes prontuarios de los internos), la sección de Administración (encargada de administrar la partida presupuestaria de dinero para la institución), el área de Personal (que se ocupa de los legajos y movimientos de los empleados), el Servicio Médico (en la mayoría de las Unidades está conformado por profesionales médicos las veinticuatro horas, de enfermería, odontología y mecánica dental) y el EARS, del que formamos parte y al cual ya nos hemos referido. La “seguridad”, prioridad fundamental en estas instituciones, está a cargo de los celadores y del área de Seguridad Externa. Todas las Unidades están a cargo de un director, Oficial de Cuerpo General.

Podemos mencionar que en las cárceles se hallan alojadas personas que se encuentran procesadas (es decir que el proceso judicial no ha concluido, pero se les ha dictado prisión preventiva), y personas condenadas (aquellas a quienes ya se les ha impuesto una pena con determinada cantidad de años a cumplir en prisión). Los presos en su mayoría tienen causas provinciales (el delito se cometió dentro de la provincia de Santa Fe y corresponde a su jurisdicción) y en menor cantidad hay presos con causas federales (el delito está relacionado generalmente con el tráfico de drogas).

En este sentido, es dable aclarar que nuestras intervenciones están dirigidas principalmente a las personas que están condenadas, aunque también -pero en menor medida- a aquellos que se encuentran procesados. Esta diferenciación está relacionada con nuestra labor en relación con la progresividad del régimen de ejecución de la pena tal como se detalla en la Ley 24660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, tema que desarrollaremos más adelante.

La población que habita las cárceles, en su inmensa mayoría, proviene de estratos sociales vulnerables o vulnerados, caracterizados por la precarización económica y por la dificultad en el acceso a derechos fundamentales como son la salud, educación, condiciones dignas de vivienda, etc., constituyendo en muchos casos la cárcel la primera institución del Estado que interviene en la vida de estas personas. Este es el grupo poblacional mayormente perseguido por el sistema penal, motivo por el cual las cárceles se encuentran habitadas por sujetos cuyas trayectorias vitales se encuentran signadas por estas características, quienes han cometido generalmente delitos contra la propiedad o “delitos de calle”. Asimismo, en este último tiempo y en concordancia con las problemáticas que aquejan a nuestra ciudad, han ingresado a las cárceles provinciales detenidos con causas judiciales relacionadas al narcotráfico y asociación ilícita. Por otro lado, también encontramos entre los detenidos a los “ofensores sexuales” (nombrados de esta manera al interior del Servicio Penitenciario), quienes han cometido delitos contra la integridad sexual, y que conforman un

grupo diferenciado del resto de la población penal, siendo alojados en pabellones separados y sin mantener contacto con el resto de los detenidos. En menor cantidad están los que han cometido delitos de homicidio.

Como decíamos, y sin perjuicio de las ambiciones resocializadoras que alimentan el espíritu de la ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, en la práctica puede observarse que el objetivo principal de la institución es la seguridad. Celadores, Jefes de Módulos, Jefes de Correccional y Directivos, son formados y capacitados en esta dirección y dicho objetivo es priorizado, inclusive, ante la necesidad de atención médica o de cualquier otro tipo. “No cargar con una fuga, o no cargar con un muerto o un motín” se visualizan como las mayores aspiraciones de las autoridades penitenciarias.

Es en este sentido, teniendo en cuenta el objetivo principal de la cárcel de mantener en el encierro a aquellas personas que deben permanecer privadas de su libertad por orden judicial, que comienzan a aparecer diferenciaciones -y limitaciones- respecto de nuestras intervenciones como profesionales psicólogas. Si bien no podemos soslayar el hecho de que las personas se encuentran presas precisamente porque su condena consiste en la privación de la libertad, y la institución carcelaria es la encargada, en tanto brazo ejecutor de la justicia, de que esa condena se cumpla, como psicólogas pertenecientes a un EARS *no podemos dejar de interrogarnos sobre cuestiones acerca de cómo es que un sujeto ha llegado a este lugar tan particular, cuáles son los recursos subjetivos, materiales y culturales con los que cuenta para hacer frente a su trayectoria vital, qué le sucedió, cuál es su historia de vida, y cuáles serán los efectos que tendrá para cada uno su pasaje por una institución de este tipo.* Nuestra tarea será -en la medida de lo posible- conocer, a partir de las entrevistas individuales y en equipo, la historia de la persona detenida y las dificultades que se le presentan durante el tiempo de detención, así como también las proyecciones y las expectativas que pueda tener para el momento en que recupere la libertad.

Nuestro trabajo apunta (o apuntaba...¹) a acompañar a las personas privadas de su libertad hacia su reintegración social. Se podría pensar en un “*acompañamiento*” en las dificultades y obstáculos que se les presentan a los sujetos mientras dura la situación de privación de libertad, sin que esto tenga una connotación coactiva, sino que los detenidos puedan acceder a este acompañamiento en forma voluntaria. Consideramos que, desde una posición ética, acompañar significa ayudar a armar un afuera, desde adentro de la cárcel. Sabemos que en la gran mayoría de los casos el afuera de los muros es tan hostil como la misma institución, pero apostamos a que pueda habitar ese afuera en un futuro apuntando a que ese espacio pueda transformarse en otro más habilitante. Para esto es fundamental que se puedan disminuir los niveles de vulnerabilidad con los que ingresa a la prisión un sujeto.

Por otro lado, en tanto se requieren informes del Equipo de Acompañamiento para la tramitación del acceso de los condenados a las diferentes etapas de la ejecución de la pena (etapas que conllevan cada vez menores niveles de restricción de la libertad), el conocimiento que podamos obtener de cada persona nos servirá como herramienta para el armado de estos informes. Los mismos tendrán como función que otra sección o el Juzgado correspondiente pueda evaluar la posibilidad de incorporación de los internos a las diferentes etapas del Régimen Progresivo de la Ejecución de la Pena. La Sección de Correccional y la Dirección de la Unidad evaluarán y dictaminarán sobre las propuestas de incorporación a diferentes etapas administrativas que no conllevan egresos de la prisión, sino únicamente el acceso a diferentes sectores dentro de la Unidad Penitenciaria, y el Juzgado de Ejecución Penal será quien autorice o deniegue aquellas propuestas de incorporación a

1 “(...) apuntaba” se destaca el tiempo verbal ya que en la actualidad la praxis ha dado un giro, tornando lo que se demanda a nuestra labor hacia la de técnicos criminológicos, expertos en clasificación y tratamiento. Más adelante nos explicaremos al respecto.

Régimen de Salidas Transitorias y a Libertades anticipadas (Condicional o Asistida según el caso).

Nos proponemos, de acuerdo con lo descripto, reflexionar acerca de las intervenciones que podemos realizar durante las entrevistas que mantenemos como psicólogas integrantes del Equipo de Acompañamiento para la Reintegración Social con las personas detenidas, y la posterior elaboración de los informes criminológicos a los que hacemos referencia, problematizando el contenido de estos informes técnicos, tal como se encuentran enmarcados en la Ley Nacional N.º 24.660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad.

Destacamos -haciendo un contrapunto con lo que hemos precisado como el objetivo principal de la institución en la que trabajamos-, que nuestra escucha no se encuentra orientada a procurar “la seguridad”, ya sea en términos de impedir el egreso de las personas detenidas de la prisión, o de evaluar su “peligrosidad”, encauzando nuestras intervenciones en favor de la seguridad de la sociedad. Por el contrario, podemos pensar nuestras intervenciones en términos de “acompañamiento” y de “cuidado”, lo cual no sólo marca un contraste con lo que venimos sosteniendo como el objetivo principal de la institución en la que desarrollamos nuestra práctica, sino que en muchas ocasiones produce conflictos con otros actores institucionales. La apuesta, como se ha dicho, es intentar trabajar con la persona detenida, su situación de vulnerabilidad, para que en un futuro pueda revertirla y apropiarse de otros emblemas que tengan más que ver con su autocuidado y con la construcción de ciudadanía.

Consideramos que la comisión de delitos, en especial los relacionados con el robo y la comercialización de sustancias ilegales, exponen a las personas a situaciones de riesgo permanente hasta tal punto que a veces se les va la vida en esto. Es por ello que poder poner en cuestión, junto con la persona detenida, estos modos mortíferos de vivir, se asume como un desafío y una tarea compleja y dificultosa para los profesionales que trabajamos en los Equipos

de Acompañamiento, con el fin de construir otro afuera de la cárcel donde también, -no podemos dejar de tenerlo en cuenta-, la trama social es sumamente compleja. Aquí surge una interrogación que acompaña nuestra práctica: en relación con las posibilidades de llevar adelante aquello que nos proponemos, nos preguntamos: ¿Qué herramientas se le pueden ofrecer desde la cárcel a una persona para que pueda construir un destino “otro”, diferente, para su vida? En este sentido, habrá que interrogar el lugar del sujeto y su deseo. Es decir, que aunque la institución insista en querer imponer al sujeto los modos en que tendría que comportarse y lo que debería hacer, si algo ha de modificarse, será necesario que este sujeto se apropie de la posibilidad de construir otro futuro para él/ella, diferente de la prisión como destino.

Problemática general del lugar. Un poco de historia.

Nuestro ingreso al Servicio Penitenciario se llevó adelante en el marco de un concurso de antecedentes y oposición, que se realizó en el año 2008. En el mismo fuimos seleccionados un grupo de profesionales de distintas disciplinas -psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, abogados- con el fin de incorporarnos a los Equipos multidisciplinares que se desempeñaban en las diferentes unidades penitenciarias. El material de estudio más importante, se podría decir, sobre el cual hemos tenido que dar cuenta a la hora de rendir la parte teórica del concurso, fue el Documento Básico “*Hacia una política penitenciaria progresista en la Provincia de Santa Fe*”.

Se trata de un Documento publicado en la Provincia de Santa Fe, en abril del año 2008, por la Secretaría de Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Seguridad. El mismo se presenta como un intento de superación tanto del tradicional modelo correccionalista, como del modelo de prisión jaula o prisión depósito, planteando, como su nombre lo indica, los principios de una política penitenciaria progresista.

Parte de la descripción de ambos modelos tomando las teorizaciones de Máximo Sozzo. Precisamente, el Capítulo V del Documento se titula: “*Más allá de la alternativa entre ‘modelo correccional’ y ‘modelo incapacitante’: principios de una política penitenciaria progresista*”.

Antes de profundizar sobre esta última propuesta, desarrollaremos brevemente de qué se trata cada uno de los modelos anteriores.

En términos generales, podemos decir que el modelo de prisión jaula o depósito responde al lineamiento teórico retribucionista. Esto implica que la pena asume la finalidad de que el delito, el error cometido, sea “pagado” por quien ha sido declarado culpable. El modelo correccional, en cambio, responde a lineamientos de tipo utilitarista y por tanto, en este marco, el tiempo en prisión debe servir para enmendar al delincuente y reinsertarlo en la sociedad.

En concordancia con estos lineamientos, las instituciones carcelarias pueden ser pensadas y analizadas según su organización y funcionamiento apunte a un modelo de prisión-jaula o depósito, o a un modelo de prisión de tipo correccionalista, siempre pensando los modelos como tipos ideales, ya que no los encontramos en la práctica en sus formas puras.

El proyecto correccionalista es el que se ha propuesto la prisión desde su nacimiento, tal como lo caracteriza Foucault. Con muy pocas variantes, Máximo Sozzo, en su artículo “¿Metamorfosis de la prisión? Proyecto normalizador, populismo punitivo y ‘prisión-depósito’ en Argentina”², describe el proyecto normalizador/disciplinario/ correccional, haciendo un desarrollo de sus puntos centrales, los cuales tienen su origen en los diferentes ensambles de discursos y prácticas normalizadoras-disciplinarias, que apuntan a corregir y moldear la vida de los delincuentes:

2 Sozzo, M., “Metamorfosis de la prisión, Proyecto Normalizador, populismo punitivo y “prisión depósito” en Argentina”, en *Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, Quito, año 1, N.º 1, 2007.

El encierro y el aislamiento: por un lado, la separación de las influencias sociales, por el otro, el aislamiento dentro de la misma prisión como condición para la reflexión y el arrepentimiento.

El trabajo: se considera que instaaura hábitos, entrena en el acatamiento de órdenes y en el respeto de las jerarquías y prepara las aspiraciones correspondientes a un futuro trabajador asalariado.

La religión: la reconciliación con Dios como camino para la reconciliación con la sociedad.

La educación: como transmisora de valores morales y como herramienta para la obtención de un trabajo asalariado.

La familia: se promueve el contacto de los presos con su familia como potencial mecanismo de control informal del preso una vez liberado, a pesar de la paradójica valoración del medio familiar como una de las causas del delito.

La reglamentación, la vigilancia y la sanción: que el preso acate las reglas ha sido visualizado como un camino para su corrección; una relación sumisa y conformista con las reglas de la institución anticiparía una relación del mismo tipo con las reglas de la sociedad.

La observación, la clasificación y el tratamiento: la observación constante se presume que debe proporcionar un conocimiento científico, un diagnóstico para la toma de decisiones sobre cómo “tratar” al preso para lograr su corrección. Se ve en este punto claramente la vertiente medicalizante que este modelo conlleva. Se supone posible, además, pronosticar las acciones futuras de los delincuentes, valorando de este modo su “peligrosidad”.

La flexibilización del encierro: la pena impuesta en sede judicial puede ser flexibilizada de acuerdo con el comportamiento de los presos dentro de la institución carcelaria, mediatizado esto por los informes que presentan los directivos y expertos de la institución. A esto hemos hecho referencia en el apartado anterior al mencionar los informes requeridos para las diferentes etapas de la progresividad del régimen de ejecución de la pena hasta las etapas de libertades anticipadas.

En el otro extremo, Sozzo plantea la “prisión jaula” o “prisión depósito”. Esta prisión abandona como finalidad declarada la corrección del criminal, apuntando en primer lugar a la retribución del daño causado a través de la producción intencionada de dolor en el preso, y por otro lado a la incapacitación o neutralización del delincuente durante un lapso de tiempo, protegiendo de esa manera a la sociedad. De más está decir que este modelo hace innecesarios los ensambles de prácticas y discursos que caracterizan a la prisión moderna con su tradición normalizadora. Se trata de una prisión sin trabajo, sin educación, sin religión, sin familia, sin observación, clasificación ni tratamiento, sin flexibilización del encierro. Una prisión jaula, depósito, una prisión sólo hecha de encierro y aislamiento, reglamentación, vigilancia y sanción.

Sin dejar de tener en cuenta que hablamos de tipos ideales, Sozzo plantea que en este momento de nuestra situación social y política en Argentina (si no en el mundo), la balanza con que puede analizarse la mixtura de los modelos correccionalista y de prisión depósito que direccionan el funcionamiento de nuestras cárceles, se está inclinando hacia el segundo.

Los síntomas que delatan tal inclinación son los siguientes:

La presencia preponderante de presos sin condena -los procesados- quienes se encuentran cumpliendo una prisión preventiva. (Se destaca que la prisión preventiva debería ser una medida cautelar excepcional y no tiene fin correccional por definición).

Como consecuencia del crecimiento de la población encarcelada se ha agravado la situación de sobrepoblación y hacinamiento. Esta situación, obviamente, hace obstáculo a las pretensiones correccionalistas.

La degradación de las condiciones de vida en las prisiones: la precariedad en las condiciones edilicias, por un lado, y el profuso ejercicio de la violencia por otro. (Se refiere tanto a la violencia entre los presos, alentada o simplemente tolerada por las administraciones penitenciarias, como a la violencia del personal penitenciario sobre los presos). Esto le daría un carácter de “pena corporal”

a la privación de la libertad, alejado de los sueños abrigados por el modelo correccional.

La transformación de espacios penitenciarios dedicados a los diversos ensambles típicos del modelo correccional (trabajo, educación, recreación) en espacios exclusivamente dedicados a alojar personas privadas de su libertad.

Volviendo al Documento, allí se destaca que, si bien en la Argentina las características del modelo correccionalista han estado siempre en confluencia con las de la prisión incapacitante, esta “economía mixta” de la prisión real se estaría desbalanceando, tal como se dijo, acentuándose en forma marcada los componentes propios de la prisión jaula, aunque esto no implica el abandono del modelo correccional. Se critica al modelo incapacitante, pero sin pretender la revalorización del modelo correccional, normalizador, considerando a este último como productor sistemático de sometimiento y humillación. De este modo, el nuevo modelo de política penitenciaria busca salir de la encrucijada planteada por los otros dos, sentando las bases de uno nuevo, que se apoya en los siguientes cinco principios básicos:

1. **Reducir los daños:** parte de la consideración de que la prisión (tanto en su modelo correccionalista como incapacitante) es estructuralmente productora de degradación y sufrimiento en las personas. Por este motivo, se pretende amplificar todas las alternativas posibles al encierro (vocación minimalizadora de la opción segregativa)³ por un lado, y desmontar, por otro, en la medida de lo posible, las medidas que generan sufrimiento y degradación en las personas privadas de su libertad. También se pretende desplegar este principio de “reducción del daño” orientado hacia los trabajadores penitenciarios, básicamente mediante la democratización de la institución y el respeto por los derechos laborales.

3 Esta es una referencia a lo que se conoce como “minimalismo penal”, cuyos autores más conocidos son Alessandro Baratta, Luigi Ferrajoli y Massimo Pavarini. Estos autores señalan que el poder punitivo debería limitarse únicamente a conflictos muy graves.

2. **Abrir la prisión a la sociedad:** a partir del reconocimiento de la opacidad y de la malla de secreto que rodea históricamente a la prisión, se propone hacer más porosa la línea divisoria que separa a la prisión de la sociedad. Para esto se generarían nuevos canales de comunicación en vistas de que aquello que acontece en el interior de la prisión sea conocido por la sociedad. Esto se haría efectivo instalando un nuevo tipo de relación con los medios de comunicación y buscando la participación de actores externos a la prisión en la cotidianidad de la vida dentro de la misma. De esta manera se permitiría el ingreso de nuevas lógicas y dinámicas en la prisión, promoviendo un acercamiento entre prisión y sociedad.

3. **Democratizar la prisión:** se considera indispensable para la implementación de esta política penitenciaria romper con un estilo de gestión de la prisión que no toma en consideración la voz de las personas afectadas, tanto presos como trabajadores penitenciarios. Se busca instalar, por lo tanto, mecanismos de expresión de los involucrados en el encierro, apuntando a la posibilidad de la construcción de consensos negociados.

4. **Promover y asegurar derechos:** se refiere tanto a las personas privadas de su libertad como a los trabajadores penitenciarios, y parte de reconocer que las personas afectadas por la prisión poseen derechos establecidos constitucional y legalmente que no pueden estar sometidos a suspensiones o revocaciones por parte de una autoridad administrativa. Se destaca que las personas procesadas o condenadas están privadas sólo del derecho a la libertad ambulatoria, reivindicando su dignidad como personas y su estatuto de ciudadanos que no pueden ser devaluados como consecuencia de la imposición de un castigo legal. En la misma dirección, dice el Documento, se procederá con respecto a los trabajadores penitenciarios.

5. **Reintegrar socialmente a pesar de la prisión:** reconoce como completamente vano cualquier esfuerzo por reformar la prisión en dirección de lograr que sea un *instrumento* para realizar la finalidad declarada de la reintegración social. Se propone, por tanto,

resignificar la finalidad de las intervenciones que se pondrían en marcha en las prisiones santafesinas. Se asume la inevitabilidad de los efectos dañosos del encierro penitenciario y se busca reducirlos al mínimo posible. A pesar de esto, sostiene que la finalidad de una reintegración social del condenado no debe ser abandonada, sino que debe ser reinterpretada y reconstruida sobre una base diferente. La reintegración social del condenado no puede perseguirse *a través* de la cárcel, sino que debe perseguirse *a pesar* de ella, o sea, buscando hacer menos negativas las condiciones que la vida en la prisión comporta en relación con esta finalidad. De esta manera se rescata una variante de cierta idea de “reintegración social” del viejo modelo correccional, con sus perfiles garantistas y humanistas, pero se plantea la necesidad de que la misma se realice “*no obstante*” la prisión, en cierto sentido “*contra*” la prisión con su conjunto de efectos negativos en las trayectorias vitales de las personas privadas de su libertad.

El Documento que venimos comentando tiene en cuenta la selectividad del sistema penal, y el común denominador en la mayoría de los casos de la población encarcelada: personas cuyas trayectorias vitales están atravesadas por la exclusión social. Considera que la única anomalía específica, común a toda la población encarcelada, es precisamente el hecho de estar privados de su libertad y esta es la característica que se tomará en cuenta a la hora de diseñar e implementar las intervenciones. Se partirá de asumir la autonomía ética y política de las personas y, por ende, se basará en la elección de las mismas de participar en las diferentes propuestas de actividades, las que se encontrarán desvinculadas de cualquier modo de aseguramiento de la disciplina en la prisión.⁴

En este marco, el Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe, puebla las cárceles de profesionales, seleccionados mediante el concurso público que mencionábamos, otorgando gran impor-

4 Veremos más adelante que esta situación se verá alterada a partir de la modificación del decreto reglamentario en el año 2016.

tancia a su accionar en las instituciones, y respaldando sus decisiones y denuncias ante la vulneración de derechos. Seríamos los nuevos equipos de profesionales los que enarboláramos los cinco principios que propone el Documento Básico, trabajando para que los derechos de las personas detenidas sean respetados, lo cual generó, en muchas ocasiones, conflictos y la producción de fuertes choques con la administración penitenciaria y con los empleados uniformados que no asumieron la nueva lógica penitenciaria como propia, ejerciendo resistencia a su implementación.

Este contexto hizo posible que ingresar a trabajar a la cárcel tuviera para nosotras otras connotaciones a las que hubiéramos pensado a priori, por lo menos desde nuestra perspectiva de aquel momento, ya que significaba trabajar con una lógica diferente a la conocida lógica verticalista que históricamente ha determinado el funcionamiento de este tipo de instituciones. Seríamos los profesionales quienes pondríamos a trabajar al Documento Básico, y hasta “los que haríamos posible el cambio progresista en la cárcel”. Esto fue vivido por los equipos de profesionales como un desafío para el cual nos sentimos en ese momento respaldados por las autoridades. Con el tiempo veríamos que nuestra posición significaría poner el cuerpo para lograr dicha transformación -lo que conlleva costos personales y profesionales-, y tuvo como principal consecuencia la profundización de la brecha entre los profesionales y el personal de cuerpo general.

En cuanto a los lineamientos de trabajo de los equipos, podemos decir que con anterioridad al cambio de gestión política del que hablamos, el horizonte de las intervenciones que se llevaban adelante era el del modelo de prisión correccionalista disciplinador. La nominación de los equipos de profesionales era “Grupo de Tratamiento y Clasificación”, con las connotaciones que esto conlleva de normalidad/anormalidad, y con las tareas prescriptas por la Ley de Ejecución Penal de realizar un pronóstico, diagnóstico y tratamiento de los internos. Luego, y a partir de la reglamentación de la ley 24.660, los equipos profesionales se nominaron como Organismo Técnico Criminológico, comenzando a generar

un germen de cambio, si bien no se apartaba de las ideas correccionalistas. Finalmente, a fines del año 2008 y en el marco del Documento Básico, es publicado el “Protocolo de Intervención” para los “Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social” (EARS), recibiendo los equipos esta nominación. El protocolo, en consonancia con el Documento, realiza una crítica a las pretensiones correccionalistas, intentando producir una ruptura con dicha concepción. Plantea como eje la resignificación de la idea de “tratamiento penitenciario”, despojándola de sus connotaciones medicalizantes. La idea de “tratamiento penitenciario” es comprendida ahora como “trato” en el sentido que le da Eugenio Zaffaroni, a quien se cita en el Protocolo:

“El primer requisito del trato es su humanidad (trato humano), que significa garantizar su supervivencia y seguridad, tanto como la integridad física y psíquica de la persona. Al trato humano corresponde también extremar los esfuerzos para que la prisión -que mientras exista no dejará nunca de ser tal y, por ende, de ser deteriorante- resulte en cada caso lo menos deteriorante posible.”⁵

Citando a Zaffaroni, continúa:

“De esta forma, el tratamiento sólo sería una oferta de trato, o sea, que sería parte del trato humano el ofrecimiento del tratamiento de la vulnerabilidad que motiva la prisionización de la persona, para que esta tenga la posibilidad de egresar sin responder al estereotipo criminal y con una autopercepción que le permita asumir roles diferentes a los que se le reclamaban conforme al estereotipo.”⁶

5 *Protocolo de Intervención. Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social*, Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Ministerio de Seguridad. Secretaría de Asuntos Penitenciarios, octubre de 2008, p. 5.

6 Zaffaroni, E., Alagia, A. y Slokar, A., *Derecho Penal. Parte General*, Bs. As,

El “trato” que el Protocolo propone se orienta hacia tres objetivos:

1- Reducir los daños en términos de degradación y sufrimiento, reconociendo que la situación de encierro en el espacio penitenciario necesariamente los produce.

2- Promover y asegurar los derechos que los presos poseen en tanto ciudadanos.

3- Alentar la “reintegración social a pesar de la prisión”, es decir, no obstante las condiciones negativas que la situación de encierro produce.

Los EARS, por tanto, tendrán la tarea de brindar a los presos este “trato”, que apunta a “acompañar” a las personas privadas de su libertad, buscando la implementación de mecanismos tendientes a que los presos tengan mayor capacidad de enfrentar sus necesidades y problemas, ofreciendo un apoyo que no será incompatible con el reconocimiento de la autonomía de las personas.

De la progresión a la regresión

El modo de llevar adelante nuestra praxis, respaldado por los lineamientos políticos mencionados, tuvo su auge desde nuestro ingreso al Servicio Penitenciario que ubicamos en febrero del 2009 hasta finales del 2011 aproximadamente. Accentuándose aún más en el 2012 y 2013, resurgen las tendencias “correccionalistas” y en mayor medida las “incapacitantes” en las políticas penitenciarias de nuestra provincia. Estas tendencias, según podemos analizar, habían subsistido adormecidas dentro del contexto de cambios, en una institución siempre resistente a modificar sus estructuras. En lo que se refiere específicamente a los grupos multidisciplinares, podemos atribuir este retroceso, por un lado, al desgaste que implica el arduo trabajo de acompañamiento en una institución

como la cárcel, pero por otro, y de manera principal, a la falta de respaldo por parte de una gestión política en franca retirada que dejaba su lugar a una línea mucho más endurecida.

A comienzos del año 2012 aparece un discurso descalificatorio de documento básico sin proponerse líneas de acción diferentes, pero demostrando en la práctica el disenso con dicha política pública.

A partir de entonces, cada uno de los cinco principios que nos guiaban hasta el momento fue derribado:

La intención de reducir daños dejó de estar presente siquiera como intención.

La apertura de la prisión a la sociedad se dificultó poniendo trabas a las ONG e instituciones que habían comenzado a ingresar a la Cárcel haciendo sufrir a los integrantes malos tratos y requisas innecesarias.

La democratización de la prisión se había implementado básicamente utilizando un dispositivo que se llamó “mesas de diálogo”: reuniones en las que los delegados de los pabellones exponían sus demandas y reclamos ante el director del Servicio Penitenciario, a las que asistían también las autoridades de la institución y las ONG que trabajaban allí, la Coordinadora de Trabajo Carcelario y organismos de Derechos Humanos, apuntando a construir consenso ante las problemáticas planteadas. Estas “mesas de diálogo” fueron realizándose de manera cada vez más espaciada llegando simplemente a desaparecer. Se destaca que en el contexto descrito tampoco se encuentran dadas las condiciones para poder realizarlas: en el supuesto caso de que una mesa de diálogo fuera convocada, con las trabas impuestas a los organismos externos para participar y la falta de respaldo por parte de las autoridades, los internos no podrían exponer sus reclamos sin correr el riesgo de represalias; por otro lado, todo indica que sus palabras caerían en saco roto.

En cuanto a promover y asegurar derechos, esto ya no fue un objetivo que se propusiera como fundamental en la institución.

Por último, para intentar la reintegración a la sociedad a pesar de la prisión, deberían estar dadas las condiciones anteriores.

Teniendo en cuenta esta situación, los profesionales que quedamos desarrollando nuestras tareas en la institución nos preguntamos cómo trabajar en este nuevo marco. ¿Cómo intentar reducir daños cuando somos pocos y los internos son muchos?⁷ ¿Cómo promover y asegurar derechos cuando no hay respaldo político para esto y las represalias pueden caer (y recaen) sobre el trabajador?

Los informes siempre en cuestión

La tarea de elaboración de informes siempre ha sido productora de interrogantes al interior de los equipos de profesionales: ¿Qué informamos? ¿Cómo? ¿Para qué? Y por supuesto, las respuestas que se han ido encontrando a estas preguntas han ido variando con el tiempo, así como con el momento político de la institución y con el respaldo que se prevé encontrar -dentro y fuera de la institución- para informar determinadas cuestiones o no.

Durante el auge del Modelo Progresista, el Protocolo de Intervención de los EARS mantiene la línea general del respeto por los derechos:

“Los informes y dictámenes de las personas privadas de su libertad que les sean requeridos por las autoridades penitenciarias y extra-penitenciarias se referirán a dar cuenta de lo que las personas “han hecho” y “hacen” en el contexto de encierro y no de lo que las personas “eran” o “son” y se referirán siempre al pasado y al presente y nunca al futuro de sus trayectorias vitales -además de que los mismos serán comu-

7 Actualmente hay Unidades Penitenciarias en las que un equipo tiene a cargo el “acompañamiento” de 500 internos.

nicados directamente a las personas privadas de su libertad involucradas, para garantizar un conocimiento detallado de su contenido.”⁸

Puede leerse en este párrafo una clara alusión a un “Derecho de acto”, por oposición a un “Derecho de autor”. Este último no reprocha a quien delinque sólo por su acto, sino por toda su existencia; el delito indica la necesidad de que el sistema penal investigue toda la vida pecaminosa del autor. Esta es la concepción criminológica subyacente en la teoría de Bentham (creador del tan conocido Panóptico), para quien la etiología del delito se encontraba en el desorden de la persona. Por consiguiente, surgía de esta concepción una política destinada a combatir tal desorden mediante el disciplinamiento, para lo cual el panóptico es su instrumento. Para el “Derecho de acto”, en cambio, las características personales del autor sólo entran en consideración en forma secundaria. Lo que se somete a juicio es un acto, y no una persona. Si bien en este caso nos estamos refiriendo al contenido de informes que se realizarán sobre una persona ya condenada por su acto, es interesante la aclaración de que los mismos deben hacer referencia a las “conductas” de los internos dentro de la cárcel y no a lo que las personas “eran” o “son”. Esta aclaración es muy pertinente, sobre todo para los profesionales Psi, quienes según la Ley deben realizar un “diagnóstico”, así como un “pronóstico”. En cuanto a esto, el Protocolo continúa en disidencia con la Ley, sosteniendo que los informes nunca se referirán al futuro. Por lo demás, la comunicación explícita a los interesados sobre aquello que se ha informado, manifiesta el respeto por las personas en concordancia con las líneas generales que se plantean.

8 *Protocolo de Intervención. Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social*, Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Ministerio de Seguridad. Secretaría de Asuntos Penitenciarios, octubre de 2008, p. 16.

A partir de estas líneas de acción, que a nuestro entender representan un importante avance en relación con las pretensiones de la Ley, surgen los cuestionamientos sobre para qué sería necesario un informe psicológico: ¿qué es lo que se espera del mismo? ¿Cuál sería la especificidad? ¿Qué sentido tienen? En definitiva: el informe psicológico, ¿de qué tipo y para qué? Esta cuestión ha sido históricamente debatida en los equipos interdisciplinarios.

Los lineamientos propuestos no generan, por lo menos en teoría, tantos conflictos en la práctica profesional del psicólogo como lo hacían las correspondientes al Grupo de tratamiento y Clasificación, y al Organismo Técnico Criminológico. Por el contrario, consideramos que van en la dirección de propiciar la vigencia de los Derechos Humanos, la defensa del sistema democrático, y la búsqueda de la libertad, la justicia social y la dignidad de las personas, a lo que hace referencia el Código de Ética de la FePRA en su Preámbulo.

De manera coherente con lo que venimos planteando, el Protocolo sostiene que dentro de las prisiones el desarrollo de actividades educativas, laborales, recreativas, culturales, etc., dejarán de ser considerados elementos pretendidamente “terapéuticos” para pasar a ser reconocidos como actividades que se corresponden con el ejercicio de derechos de los ciudadanos.

En resumen, a partir de la publicación del Protocolo y de las líneas de acción que lo enmarcan en esta propuesta de “política penitenciaria progresista”, los profesionales que formamos los EARS, no somos considerados como “técnicos del tratamiento” como en el caso de los OTC, sino como “trabajadores del acompañamiento” o “del trato”, un trato no coactivo, que respeta la esfera de autonomía y elección subjetiva de las personas privadas de su libertad; que no se confunde ni con la observación, ni con el diagnóstico, ni el pronóstico, ni la evaluación; que busca reducir los daños que el encierro produce; promover y asegurar derechos; y generar vías para la reintegración social de las personas privadas de su libertad, a pesar de la prisión.

Tal como se describió en el apartado anterior, este lineamiento político dejó de tener respaldo hacia finales del año 2011, y comenzaron a ser otras las exigencias hacia los profesionales en cuanto a su práctica, así como en cuanto a qué debe informarse.

A partir de la modificación del Sistema Procesal Penal en la Provincia de Santa Fe⁹, la primera jueza que ocupó el cargo transitoriamente en la etapa de Ejecución de la Pena, apoyándose en la Ley de Ejecución Penal, solicita a los profesionales psicólogos que “cumplan con la ley”, y por tanto que se pronuncien sobre un “pronóstico” en los informes que realizan, bajo amenaza de “ser denunciados por incumplimiento de su deber como funcionario público”.

Sin desconocer la prescripción legislativa, podemos destacar la fuerte contradicción que esto nos plantea, tanto desde un punto de vista ético como en cuanto a las incumbencias puramente técnicas de nuestra profesión. Ante la falta de respuesta de los psicólogos de incluir lo solicitado en los informes, la solicitud por parte del sector judicial a la Dirección del Servicio Penitenciario es la de “tomar las medidas correspondientes con los profesionales que no saben hacer su trabajo y no se adecúan a la ley”, y sosteniendo que se trata de una “falta a su deber de funcionario público”. Ante esto, los directivos del Servicio Penitenciario no han dado respuestas, ni al juzgado, explicando de qué se tratan los informes que podemos realizar, ni a los psicólogos aplicando lo solicitado por el juzgado, afortunadamente.

9 Se reformuló integralmente el sistema de enjuiciamiento penal en la provincia de Santa Fe, tornándose un sistema acusatorio: estableciendo un sistema de audiencias en todas las etapas, instaurándose el juicio oral y público, diferenciando las funciones de investigación y juzgamiento, dotando al Ministerio Público de importantes facultades en lo que al ejercicio de la acción refiere, reconociendo a la víctima una serie de derechos, entre ellos el de constituirse como parte querellante y reforzando las garantías individuales del imputado frente al poder del Estado. También el nuevo código establece mecanismos alternativos para resolver casos penales como la mediación penal y procedimientos abreviados. (Ley 12734, Decreto 3811/13)

No dejamos de vislumbrar que, si bien los informes realizados por los equipos no son vinculantes en la decisión que tome un juez, sí podemos decir que a la hora de compartir responsabilidades sí nos adjudican nuestra parte. La opinión fundada del equipo sobre la conveniencia o no de un egreso de la prisión (lo que en última instancia se reduce al pronóstico sobre si va a volver a cometer un delito o no), es en lo que apoya, -o pretende apoyar- su responsabilidad un juez para tomar su decisión.

Tal como decíamos, el cargo de Juez de Ejecución Penal pasó a ser transitorio en el Sistema Penal Nuevo, por lo cual, ante la asunción de un nuevo juez, las exigencias del pronóstico dejaron de ser puestas en cuestión, pero retornan cuando asume nuevamente esta función alguien que tiene las mencionadas pretensiones.

Por otro lado, esta vez ha sido el Servicio Penitenciario mismo el que, haciéndose eco de las demandas sociales sobre mayor seguridad, se encargó de brindar los argumentos necesarios para que los presos permanezcan en las cárceles la mayor cantidad de tiempo posible, lanzando un nuevo Decreto Reglamentario (Decreto N°4127/16).

A partir de una serie de hechos delictivos cometidos en el último tiempo por personas que habían transitado en diferentes oportunidades por las cárceles, se empieza a reafirmar en el imaginario social la idea de que los presos entran y salen de la cárcel y reinciden en la comisión de nuevos delitos sin que esto tenga consecuencias a la hora de realizar un nuevo pedido de egreso de la prisión. Como se ha dicho, los juzgados se resguardan en que sus decisiones se fundamentan en los informes favorables o no de los equipos de acompañamiento, a pesar de que los mismos no son vinculantes de las decisiones que toma un juez en el otorgamiento o no de un egreso. En este contexto, e intentando “escuchar a la sociedad”, se redacta un nuevo decreto que brinda herramientas “legales” para restringir el egreso de las personas privadas de la libertad. En el mismo se realiza una modificación sustancial en la calificación de los internos, desglosando el “concepto” de la “conducta”, retornando a la situación anterior al año 2008.

Con anterioridad al Documento Básico, si un intern@ no quería asistir al lugar de trabajo, no limpiaba como se esperaba su lugar de alojamiento, u otros variados motivos, el concepto podía sufrir un descenso. Como la calificación de la conducta sólo se ve descendida en caso de que el interno cometa una falta al reglamento disciplinario, aquel que no comete ninguna falta tendrá su conducta calificada como “Ejemplar”, mientras que su concepto podía verse descendido por cuestiones más bien difusas.

Por este motivo, con el fin de evitar arbitrariedades, con la creación del Decreto N°598/11 (enmarcado en la Política Penitenciaria Progresista), se había logrado unificar la calificación conductual con el concepto que se tenía del intern@, reduciendo de esta forma al máximo posible la falta de objetividad en las calificaciones.

En la actualidad el nuevo Decreto Reglamentario brinda herramientas “legales” para posibilitar el descenso del concepto aún en los casos en los que el interno no haya cometido falta alguna, trayendo esto como consecuencia el impedimento del egreso de la prisión. Por ejemplo, los detenidos reincidentes, los que se evadieron o quebrantaron reglas de soltura, los que cometieron delitos sexuales, descenderán su puntaje conceptual -aunque no haya motivos para descender su calificación conductual-, porque así lo determina este nuevo decreto. Esto implica que no podrán transitar por las distintas etapas de la progresividad de la pena permaneciendo un tiempo más prolongado en el encierro. El Servicio Penitenciario, sin embargo, también ideó la forma en la que este grupo de internos puede lograr un ascenso en su calificación conceptual para, de forma un poco más tardía, transitar por las etapas de la progresividad. Esto es, participando de las llamadas “Actividades de Desarrollo Personal”. Se trata de las mismas actividades que el viejo protocolo prescribía como “propuestas”, que se encontrarían desvinculadas de cualquier modo de aseguramiento de la disciplina en la prisión, basándose en la elección de las personas de participar. Las mismas actividades de las cuales se ha venido produciendo un vaciamiento, recortando presupuesto y dificultando el ingreso a las organizaciones externas.

El Servicio Penitenciario comenzó a aplicar el Decreto que disminuye la calificación conceptual a todos los internos que se encontraban detenidos, incluidos aquellos que habían cometido delitos y que habían sido condenados con anterioridad al Decreto. A raíz de esto, ha sentado precedente un caso en el que un interno solicitó se revea su calificación conceptual y tanto el Juez como el Fiscal coincidieron en declarar inconstitucional la aplicación de lo reglamentado con posterioridad a la comisión del delito. Asimismo, se ordenó al Servicio Penitenciario dejar sin efecto este descenso conceptual a todas las personas privadas de libertad que hayan cometido el delito antes de la vigencia del nuevo Decreto 4127/16.

En este marco, los lineamientos de trabajo incidirán también en la elaboración de informes por parte de los equipos, debiendo respetar el decreto reglamentario vigente que impide proponer a determinados internos para que transiten por diferentes etapas por no cumplimentar con uno de los requisitos objetivos fundamentales, tal como es la calificación conductual.

Por otro lado, como mencionábamos anteriormente, las intervenciones profesionales que tenían que ver con acompañar brindando un trato distinto al de la “seguridad”, más humano, al sujeto detenido, y trabajar en pos de abordar sus dificultades durante el tránsito institucional, en la actualidad, debido al aumento en la población carcelaria y la disminución del número de profesionales, esta forma de intervenir se ha modificado. Entonces, si antes, a partir de las entrevistas de acompañamiento, donde surgían cuestiones relacionadas por ejemplo con el deseo de estudiar, de trabajar, de obtener un acercamiento para revincularse con su familia, nuestra función tenía que ver con posibilitar el acceso a este tipo de derechos fundamentales -que hacen a la construcción de ciudadanía-, en la actualidad este tipo de intervenciones francamente se han ido disolviendo. Como hacíamos referencia, ante el incremento de la población carcelaria, el trabajo no alcanza para todos, los cupos de la escuela son insignificantes, y los acercamientos familiares no se hacen porque el barrio donde vive la familia

“es inseguro” (como para mencionar algunos ejemplos). En este sentido es que nuestra tarea, basada en los nuevos lineamientos, se direcciona a conocer la vida de cada persona privada de la libertad a través de la lectura de un prontuario, un legajo, una carpeta criminológica que sólo nos dice que el interno/a tuvo tanta cantidad de sanciones, fue trasladado al hospital porque había peleado en el pabellón, obtuvo una visita especial con su pareja, y demás datos que no hacen al trabajo con la persona sino a la clasificación y evaluación para la futura elaboración de un informe criminológico. Podemos pensar que así como las políticas públicas actuales apuntan a segregar y depositar en instituciones cerradas a las personas que transgreden el contrato social, -realizando una separación lo más tajante posible entre estos “otros” y la sociedad-, esto se profundiza aún al interior de la prisión, estableciendo una distancia que aparecerá entre los equipos de profesionales y las personas privadas de su libertad, ya que para la elaboración de informes el contacto será mínimo, realizando una borradura de los sujetos, tanto del que escribe como de aquel sobre el que se está escribiendo.

Es por ello que consideramos fundamental continuar interrogándonos acerca de lo que supone en la actualidad el “acompañamiento” a las personas privadas de su libertad como función habilitante y posibilitadora de la reducción de vulnerabilidad en el tránsito por la prisión. Asimismo, la pregunta sobre nuestra labor como psicólogas en las cárceles y la elaboración de informes que esta labor supone continúa vigente, siempre en la búsqueda de una perspectiva posible entre los vaivenes que las diferentes políticas públicas acarrearán y la ética de cada profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOZZO, M., «Metamorfosis de la prisión, Proyecto Normalizador, populismo punitivo y “prisión depósito” en Argentina», en Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana, Quito, año 1, N.º 1, 2007.

ZAFFARONI, E., ALAGIA, A. Y SLOKAR, A., *Derecho Penal*. Parte General, Bs. As, Editorial Ediar, 2002.

DOCUMENTOS

Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A). Modificado año 2013.

Decreto Provincial N.º 4127 del año 2016; Reglamentación de la Ejecución de la pena privativa de la libertad en la Provincia de Santa Fe.

Decreto Provincial N.º 598 del año 2011; Reglamentación de la Ejecución de la pena privativa de la libertad en la Provincia de Santa Fe.

Gobierno de Santa Fe, Ministerio de Seguridad, Secretaria de Asuntos Penitenciarios, Hacia una política penitenciaria progresista en la Provincia de Santa Fe. Documento Básico. 2008. URL:

[http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/123728/\(subtema\)/122802](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/123728/(subtema)/122802)

Ley N.º 12734 Nuevo Código Procesal Penal. Decreto N.º 3811 de fecha 7 de noviembre de 2013.

Ley N.º 24660 del año 1996, de Ejecución de la pena privativa de la Libertad.

Protocolo de Intervención. Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social, Gobierno de la Provincia de Santa Fe, Ministerio de Seguridad, Secretaría de Asuntos Penitenciarios, Resolución N.º 1670 de la Dirección General del Servicio Penitenciario de Santa Fe-Anexo 1.

Los tiempos.

Una encrucijada en la infancia

PSIC. CINTIA REÑE*

¿Cuál es el oficio más difícil? ¿Albañil?
¿Maestro? ¿Carpintero? ¿Astronauta? ¿Periodista?
¿Deshollinador? ¿Abogado?
No, no y no. El oficio más difícil es el de ser chico...

El niño envuelto. ELSA BORNEMANN

Poder pensar la práctica en una institución a partir de la escritura propia, pero con el trabajo previo compartido con otros.

Mi práctica como psicóloga en el centro asistencial “El Hogar”, institución inmersa en lo que hasta ese momento se llamó el Hogar de huérfanos Rosario, se dio a partir de mi formación en estimulación temprana, y es lo que en esta oportunidad me convoca a re-pensar y preguntarme acerca de la estimulación temprana como práctica profesional del psicólogo en una institución destinada a la infancia, pero en la que no llegan a las consultas bebés con menos de 24 meses.

Me interrogo entonces sobre la definición de la estimulación temprana, como el abordaje de los problemas de desarrollo en bebés de 0 a 24 meses. Tantas veces están en tratamientos niños en los que sus tiempos subjetivos, pero no su edad cronológica, me indican que estarían en este tiempo, convocándome a intervenir con las herramientas que la estimulación temprana me ha propor-

* CINTIA REÑE: Psicóloga. Psicoanalista. Estimuladora temprana. Integrante del Equipo de atención del Centro Educativo asistencial “El Hogar”. Docente a cargo del Seminario “Estimulación temprana: una intervención interdisciplinaria con bebés y niños” de la Facultad de Psicología, UNR.

cionado. Me problematiza y cuestiona qué entendemos por estimulación y cuándo es temprano.

Un poco de historia institucional...

Entre finales del siglo 19 y principios del siglo 20, un grupo de mujeres que se definían como las damas de caridad, y que posteriormente asumirán el nombre de damas de protección al huérfano, crean el Hogar de huérfanos de Rosario. Momento coincidente con los movimientos migratorios de Europa hacia Argentina. El objetivo de la creación de esta institución, en dicho momento, es hacerse cargo de los bebés que aparecían abandonados en las calles o que eran llevados directamente allí por sus mamás, quienes no podían responsabilizarse de su crianza ante la necesidad de trabajar para sustentarse.

La fundación data oficialmente el 11 de diciembre de 1869. La Sociedad de Damas de Caridad coexistió en el tiempo con otra entidad formada por mujeres de la aristocracia rosarina. En principio optaron por destinar todos los esfuerzos a la niñez en riesgo y, finalmente, fundan un establecimiento para alojar tanto a los bebés que quedaban huérfanos, como aquellos abandonados por sus familias.

Hicieron frente a un número creciente de niños y niñas abandonados por sus padres. Su actividad en el ámbito público era considerada una simple y lineal extensión de la maternidad, constituyéndose así como organismo privado de asistencia con intervenciones en el ámbito público de la ciudad.

Un año antes de la apertura oficial escribían, en las correspondencias que mantenían, entre sus fundadoras, que el establecimiento construido para albergar a los huérfanos y niños desamparados sería de “satisfacción pública”¹.

1 Dalla Corte, G., Piacenza P., *A las puertas del Hogar: madres, niños, y Damas de Caridad en el Hogar de Huérfanos de Rosario (1870-1920)*, Rosario, Prohistoria

El grupo de damas inauguran formalmente el edificio del Hospicio de huérfanos y Expósitos en abril de 1879.

Para los bebés que se encontraban allí alojados, se contrataron amas de leche que amamantaban por una suma de dinero mensual. Mas tarde, a las damas y a las nodrizas se les sumaron novicias que se encargaban de los niños y niñas que sobrevivían los primeros meses de vida, dato significativo, siendo que se conoce que falleció el 70 % de los bebés que allí se asilaban².

Con el paso del tiempo, y frente a otras realidades sociales, no solo se asilaron bebés abandonados, sino también se pedía guarda para aquellos niños que por distintos motivos las familias responsables no podían garantizar la crianza de manera saludable.

Esta fundación aparece en la historia como mujeres que tomaron una función andamiada entre lo público y lo privado, delegadas por los gobiernos locales, haciéndose cargo de bebés huérfanos y abandonados en Santa Fe y, en parte, asumiendo la necesidad de aquellas mujeres que debían trabajar.

En el año 2012, a partir de informes presentados por el equipo de profesionales que prestaban servicios allí, se solicita la intervención a la Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia, manifestando su preocupación en la descripción de maltratos, negligencias y abusos, documentando los temores por los riesgos en la integridad física y psíquica de los niños que allí vivían. Así, la autoridad provincial, aplicando la ley de promoción y protección integral de derechos de niños y niñas, ley N°1.967, revisa la institucionalización de éstos, conforme a lo planteado por dicha ley, y durante el mes de abril de 2012, esta institución creada un siglo y medio atrás para atender expresiones de la crisis y de la miseria de la ciudad de Rosario, se queda sin ningún niño asilado. La conjunción de estas dos situaciones determina el vaciamiento de esta institución histórica.

Ediciones, 2006 URL <http://es.scribd.com/doc/106601357>

2 Op. cit.

Un año más tarde, en el mes de octubre del año 2013, entre esta fundación de las Damas de Protección al Huérfano y el Instituto Universitario Italiano de Rosario, inauguran, con un acto inicial y una amplia difusión social, el Centro educativo-asistencial (CEA) “El Hogar”. Otra vez se inaugura un espacio público no estatal con mirada en la infancia, sin dejar atrás su historia, pero esta vez no para hospedar a bebés y niños abandonados, sino para alojar desde una propuesta terapéutica. Se abre una nueva propuesta para la asistencia de bebés y niños en esta vieja institución colapsada.

Quienes estamos, quienes llegan...

Nunca antes de esta propuesta de trabajo había tenido contacto con esta institución emblemática de la ciudad, recibida con las puertas grandes abiertas, pero con un timbre necesario de hacer sonar para avanzar, figuras religiosas, vírgenes con niños y placas recordatorias de diferentes momentos, con agradecimientos y reconocimientos, personales y sociales, que datan desde la inauguración hasta la actualidad. Una edificación en excelentes condiciones, con espacios amplios, ordenados, pulcros, con casi una manzana de expansión, por fuera de aspecto compacto, por dentro sectorizado con pasillos que se ofrecen como comunicadores y numerosos patios decorados con fuentes, bancos y plantas. Y entre tantos pasillos laberínticos, a la derecha después de cruzar el primer patio, se encuentra El CEA, Centro educativo – Asistencial, con la sala de espera y los consultorios equipados con aquello que se supone como necesario para abordar un trabajo con bebés y niños.

Con un equipo interdisciplinario, con formación en estimulación temprana, brindamos atención a la primera infancia, y una mirada particular y prioritaria a los niños y familias que asisten al jardín que está en funcionamiento en el edificio. Recibimos con-

sultas y pedidos de tratamientos desde los más diversos puntos geográficos de la ciudad. En éstas quedan evidenciadas las problemáticas actuales del desarrollo en la infancia, como así también otras formas existentes de sufrimiento en la temprana edad, que hacen énfasis en el déficit producido, los signos observables, la posible agrupación bajo el nombre de un síndrome, los diagnósticos y los síntomas singulares que allí quedan expresados.

Asimismo, trazar la problemática del desarrollo en la niñez nos obliga a incluir el contexto, la historia y la cultura en la que se encuentra inmersa la población con la que trabajamos. Una población donde queda evidenciada la diversidad de las complicaciones sociales, presentes éstas, en la sociedad en general, pero acentuadas por la pobreza en todas sus formas, avistándose una infancia teñida de mayores obstáculos y empobrecimientos.

Entre quienes llevamos a cabo los tratamientos de este espacio público/no estatal, se encuentran muchos profesionales que realizan una pasantía ad honorem, donde mayoritariamente esta práctica profesional es su primera experiencia en el ámbito público. Esta condición, en algunas oportunidades, nos presenta conflictos con cuestiones relacionadas a lo que correspondería a un voluntariado.

En el abordaje interdisciplinario de las situaciones clínicas nos encontramos, frecuentemente, debatiendo entre los profesionales respecto de aquello que definimos como necesidad, intentando diferenciarlo de lo que aparece como demanda de quienes solicitan tratamiento. La necesidad de la atención que queda en conflicto, sostenida ésta solamente por la condición de pobreza, evidenciándose la relación directa que se conserva entre la pobreza y el prejuicio respecto de aquello que no pueden, a lo que no acceden. Y así es como las intervenciones terapéuticas quedan surtidas con la solidaridad y la caridad.

Las consultas llegan, en su mayoría, desde las instituciones de salud, escolares, asistenciales, etcétera, instituciones a las que concurren los niños. Son ellas quienes hacen una detección de las

dificultades en el desarrollo normal del niño. En escasas oportunidades es desde la familia que se decide, ante alguna preocupación, consultar. Es sorprendente, y alarmante, cuántas son las consultas recibidas con el pedido de múltiples tratamientos para los niños.

Cuando podemos...

X es un niño de 2 años y 9 meses que llega derivado desde la Escuela de Estimulación Temprana de la ciudad de Rosario. Los profesionales que hasta ese momento estuvieron a cargo del tratamiento de X consideran conveniente la derivación por no estar conformes con los avances del niño. X está en tratamiento de estimulación temprana allí desde los 18 meses de edad. Ese tratamiento comienza por derivación de la pediatra, quien observa en ese momento un retardo en el desarrollo de acuerdo a su edad. El informe neurológico es normal y la indicación del mismo es “darle tiempo”. En la entrevista de admisión registramos sus antecedentes familiares, donde la mamá cita que durante los primeros seis meses de X mueren de modo inesperado ambas abuelas y el hermano de ella. Ésta refiere no haber podido dedicarle el tiempo necesario a X, “igual pasé un embarazo horrible también” ...

A la mamá le preocupa que X aún no habla. Cuando ella le pide que diga algunas palabras, él dice, por ejemplo, “tete” (chupete). Pero si es el papá quien le pide, no dice nada; pide la maderita parándose frente al microondas, que le rasquen la pierna tomándole la mano a su mamá y rascándose. Duerme en la cama matrimonial con la mamá, y el papá en la cama de X. Aún usa pañales, y lo trasladan en cochecito o en brazos.

Se realizan entrevistas a lo largo de varios meses a los papás, donde aparecen relatos de sus propias historias infantiles: un padre que admite no poder poner límites y no poder intervenir en la diada mamá y bebé, inhibido por miedo a ejercer violencia en su accionar, refiriendo situaciones violentas de su abuelo y su papá

hacia él cuando era pequeño. Risas y más risas al recordarlo. Una mamá que deja entrever que se encuentra plena con su hijo y del que no se puede separar. No ha vuelto al trabajo, no realiza ninguna actividad que no tenga que ver con X.

Desde la escuela de Estimulación Temprana le han diagnosticado autismo, X no habla, no juega, solo ni con otros, no respeta consignas. Posee una jerga lingüística sumamente llamativa que emplea sin dirigir, sin convocar.

Cada semana, en la asistencia al tratamiento, su ropa tiene que ver con superhéroes. Sus padres expresan el fanatismo de X por el hombre araña. “Con lo único que se entretiene es con videos del hombre araña”.

Los papás se encuentran muy angustiados. La mamá considera que X es “tan lindo, tan lindo” que su belleza ha impedido a los terapeutas que lo han tenido en tratamiento reconocer los logros que ha alcanzado. “Sentimos que perdimos mucho tiempo yendo allí al tratamiento, X no se sentía a gusto ahí, lo obligaban a tener algunos juegos que el no quería hacer”.

¿Tiene X otros tiempos? ¿Cuál es el tiempo de X? ¿De qué tiempo hablamos? Durante los primeros meses el trabajo con X fue en simultáneo, entrevistas semanales con los papás y un trabajo de X con la fonoaudióloga del equipo. Comenzamos a pensar, como primera intervención terapéutica en estas entrevistas con los padres, la deconstrucción del diagnóstico de autismo, un diagnóstico que se construyó sobre ítems y características que solo habían logrado generalizar, obstruyendo la emergencia de lo singular, lo único, lo diferente, lo subjetivo. Obstaculizando todo aquello que necesitamos abrir para que pueda haber emergencia subjetiva. Enunciación de un diagnóstico que acarrea mucha angustia en la relación de los papás con X, “*le compramos un perrito porque dicen que a estos nenes les hace bien*”.

Andamiada la función parental, devolviendo su lugar de saber en la crianza de X a estos padres que se encontraban invadidos

por montones de indicaciones, causas y consecuencias de todo lo que podían hacer con su hijo, para que fuera un niño que pudiese encontrarse dentro de la generalidad de lo que se espera. La aparición de este diagnóstico médico temprano ofició como respuesta a aquello que aparecía como pregunta, como falla, donde queda relegado el proceso vincular como habilitador del proceso madurativo y favorecedor del desarrollo saludable.

Un diagnóstico temprano y otra vez la encrucijada del tiempo.

Privilegiamos el espacio de escucha a los papás para armar el lugar que tiene X, donde se van construyendo, y descubriendo, nuevas significaciones que permitieron gestionar los puntos de desencuentros. He aquí el punto esencial a partir del cual empezamos a des-andar el diagnóstico, de modo tal de lograr la apertura, el despliegue, de la historia de esos padres, el lugar previo del niño en el discurso parental, intentando hallar las significaciones que este hijo despierta y ocupa en esa red de significantes que se ha construido.

El diagnóstico aparecería a lo largo de los encuentros como travesía para construir, permitiendo abrir a la heterogeneidad de lo que nos fuimos encontrando. Detectar algo que no está bien diferenciado, así aquello que aparece como patología, con el sello la más de las veces de lo inmodificable, se transforma en algo más para entender la singularidad.

Ofrecer y abrir un tiempo a estos padres, un tiempo valioso, un tiempo que no se puede perder. Un tiempo que aparece en su discurso como irrecuperable. Aún es temprano. Hay tiempo. Su tiempo.

Aparecen las dudas, las inquietudes, la pregunta acerca del lenguaje de X. Podemos devolverles que X habla, que dice, que ante el pedido de la mamá le regala la palabra, la conforma, intentando favorecer ese encuentro desencontrado entre los padres y su hijo.

Ciertamente, se presenta una alteración del uso del lenguaje. Me pregunto qué sucede con la enunciación propia y lo singular que aún no aparece, ¿X es hablado o solo demandado que hable?

Es significativo cuánto nos convoca a pensar el impacto que produce al equipo la jerga que trae X, este modo ininteligible con que nos hace escuchar su voz. ¿Es esta una jerga tan particular y propia que anuda a X a su subjetividad?

Sostenemos intervenciones que den lugar a que las palabras, ahora reemplazadas por acciones, comiencen a funcionar en esa primera relación, que puedan llamar abriendo espacios que posibiliten la simbolización de las ausencias, el despliegue lúdico, la inclusión de una terceridad. Posteriormente, el trabajo con X se lleva a cabo en pareja terapéutica, somos una psicóloga y una fonoaudióloga quienes, a la vez, mantenemos encuentros semanales. No como dos tratamientos, sino como dos discursos que lo abordan, para apostar, para encontrar.

El relato de su historia nos sitúa a una mamá omnipotente que no da lugar a desilusiones, un padre excluido, corrido de su función, un niño que aún no puede pasar a ser niño, sino que continúa siendo objeto de deseo de otro, un bebé que completa.

Apostar a ese niño, a esos padres, anudar las significaciones que pululan en el vínculo para favorecer la constitución subjetiva en este des tiempo, y no obturando con diagnósticos que florecen aprisionando la subjetividad.

Pensamos los tiempos de constitución de X; la constitución de su cuerpo, de su psiquismo y su desarrollo cognitivo; si lo que inquieta, lo que preocupa, es la ausencia del habla, de juego, de la relación con otros. Preocupa la no normalidad. Preocupa aquello que no llega y que se espera para este tiempo, 3 años. El enfrentamiento entre los tiempos cronológicos, tiempos masivos, y los tiempos constitutivos, tiempos singulares.

Tiempos de constitución subjetiva, donde el bebé concluye cuando aquel que nació en un baño de lenguaje y fue marcado por el significante, comienza a apropiarse de la palabra, la palabra que en X aparece únicamente como regalo a la mamá, una mamá que desea que *le* hable; que le hable a ella. Un lugar simbólico de X como bebé que tiene un lenguaje primitivo, de primeros tiempos

de desarrollo. Apenas podemos definirlo como juego vocal si lo ubicamos en el tiempo cronológico de la evolución, “*abrazados en la cama le pido que diga tete y él repite tete*”.

Interponerse para que comiencen las palabras a encontrar utilidad y sean significantes, siendo que ahora se encuentran reemplazadas por acciones. Favorecer la aparición de las palabras para que puedan irrumpir en el encuentro entre la mamá y X forjando ausencias de saber. La mamá entiende, sin que haya emisión de palabras, todo lo que X necesita.

Si la aparición de las primeras palabras coincide con el momento de evolución cronológica del desarrollo donde lo que consideramos un bebé se convierte en un niño, con un jugar donde los significantes de los padres dan lugar a un sujeto imaginado, pensemos en X que no tiene palabras, que no tiene juego, que aún no hay otro que signifique aquello que puede hacer como propio.

No hay aún espacios para que las palabras aparezcan, hay un tránsito por ese momento en que es el bebé de estos primeros meses que esta mamá no pudo cuidar, criar, “*dedicarle el tiempo necesario*”, tomarlo en brazos. Un momento de simbiosis de la mamá y el bebé, donde será necesario que pueda haber función paterna para rasgar y facilitar el ordenamiento simbólico junto con la constitución subjetiva de X.

Durante las entrevistas, retomamos el diagnóstico de autismo que reciben los padres como respuesta a la pregunta de cuál es el padecimiento de X. Un diagnóstico como nombre que el saber profesional pudo poner al momento clínico que se encontraba atravesando X. Me pregunto si es entonces parte de este contexto actual a modo de un texto que marca la realidad.

Buscamos pensar a X rescatando una subjetividad ubicada como parte de un contexto de época, los diagnósticos. Época donde está asociado el desarrollo con la completud, con el tener, donde todo tiene nombre propio, masificando el sufrimiento y generando una estandarización que desdeña la singularidad.

Cuando no podemos...

F tiene 3 años de edad. Llega solicitando estimulación temprana por el pedido de una trabajadora social de una institución donde se encontraba, hasta el momento de la derivación, en tratamiento por desnutrición infantil y problemas relacionados al crecimiento. F y su familia viven a las afueras de un barrio al límite con la ciudad de Pérez, a una distancia muy importante si consideramos el punto geográfico donde nos encontramos nosotros y la existencia de instituciones cercanas a su domicilio.

La familia está conformada por los abuelos maternos, 3 tíos, dos de ellos con certificado de discapacidad, con diagnóstico de retraso en el desarrollo, su mamá y un hermanito de 9 meses por el que también se solicita atención.

F tiene como antecedentes médicos bajo peso y talla cuando ingresa al seguimiento por la institución que ahora deriva; hipotiroidismo y estrabismo, por lo que además recibe tratamiento con especialistas en el hospital general. Se solicita tratamiento con psicología porque F no habla, no controla esfínteres, se golpea deambulando sobre los espacios y no llora. Presenta retraso en las pautas de desarrollo esperadas a su edad.

La mamá es quien concurre con F al tratamiento, no sabe cuál es el motivo por el que vienen a tratamiento, “me mandan y me van a atender”; no hay preocupación ni detección de ninguno de los síntomas de F. Durante las entrevistas no puede dar cuenta de los antecedentes del desarrollo hasta aquí, no es capaz de citar fechas ni situaciones acontecidas durante los periodos de embarazo, parto y primer año de vida. Únicamente asiente con la cabeza y responde sí, no, bueno. Es significativa la dificultad que se nos presenta para comunicarnos con la mamá por la inconsistencia de sus relatos.

Durante los meses que concurrió al tratamiento pautado, fue de modo esporádico y con llegada en diversas horas. Intentamos

enmarcar las sesiones, pero la mamá no maneja relojes ni horarios, y en la mayoría de las semanas se encuentra responsabilizándose del traslado al tratamiento de su hermano con discapacidad.

Al encontrarnos con F sí aparece el jugar y su interés por los juguetes, aunque presenta dificultades para interactuar con otros. No sostiene la mirada, se tapa con ambas manos sus ojos para evitar el contacto visual en los primeros encuentros. Podemos intercambiar risas y objetos resguardándose debajo del cuerpo de su mamá. Una mamá que espera y observa como interactuamos, no sabe cómo incluirse cuando la convocamos al juego.

El ambiente donde se desarrolla la crianza y el espacio que debería propiciar su desarrollo aparece como un contexto y un núcleo familiar inmerso en las carencias que poseen un funcionamiento de retroalimentación y fortalecimiento, constituyendo reproducciones de privaciones de todo lo que garantizaría la calidad de vida y el desarrollo saludable de un niño en estos primeros años. Un marco familiar donde se ausentan los medios necesarios como la nutrición, la higiene más elemental, el alfabetismo y el acceso a saneamiento. F vive, literalmente, entre la basura, con aislamiento físico si llueve. Marginalidad extrema con presencia cercana a instituciones que creemos poseen recursos más adecuados para facilitar el acceso a los tratamientos que pueden ser sostenidos con el seguimiento que ameritan ante esta situación con múltiples obstáculos.

En esta experiencia nos cuestionamos cuales son las posibilidades de intervención en la distancia física, cuando además nos exceden las posibilidades de abordaje, cuando el posible retraso del desarrollo y esta tan necesaria intervención temprana está relacionada con factores del debilitamiento del tejido social.

Nos enfrentamos a la encrucijada de las restricciones materiales y simbólicas necesarias para acompañar la práctica profesional en la medida que nos permita avalar resultados clínicos. Cuando, aceptando la derivación y el posterior trabajo con el niño y su

mamá, se nos hace evidente la imposibilidad de quienes no pueden algo a veces tan simple como concurrir y sostener el horario; cuando el tratamiento se convierte en una exigencia más de aquello que no pueden, me cuestiono si seguir destinando este tiempo y este espacio, *un turno*, a quien asiste intermitentemente es permitir que siga pasando el tiempo, este tiempo imprescindible si hay que trabajar con un niño que está transitando los tiempos tempranos, donde intentamos borrar distancias de lo que tenemos con lo que esperamos. Perder el tiempo, que pase el tiempo, como transcurrir, y que sea entonces un niño que llegue más tarde cuando los síntomas aparecen nomencrados y certificados en lo que ya no lograrán.

Niños y adultos expuestos a la vulnerabilidad que nos permite reflexionar sobre el impacto que tiene en la salud los factores de riesgos sociales.

Estimulación temprana: ¿Estimulación? ¿Qué es temprano? ¿Cuándo es temprano?

Un espacio de trabajo constituido por profesionales formados en estimulación temprana, donde llegan niños en su casi totalidad con más de 2 años con padecimiento subjetivo, con sufrimiento, ¿estarían llegando tarde?

Niños, no bebés, si tomamos la edad cronológica, que no hablan, que no juegan, que no controlan esfínteres. Niños en vías de constitución psíquica, ¿podríamos pensarlos en estimulación temprana? ¿Cuál es el tiempo constitutivo? ¿Qué deberíamos estimular? Sería probable y acertado ¿brindar estímulos que permitan la emergencia de respuestas a lo que aún no emerge?

Al momento de abordar el desarrollo en estos primeros tiempos, es imprescindible pensar en los adultos comprometidos en el desarrollo del infante. Adultos que también pertenecen a esta población vulnerable con cierto arrasamiento simbólico, donde encontramos imposibilidades y limitaciones, donde se puede bos-

quejar que, con anterioridad a la llegada del niño, ya están comprometidos sus recursos psíquicos.

Padres fatigados que no disponen del tiempo para el otro, el otro niño, que no posee tiempo propio hasta que no adquiere el que se le brinda. ¿Cuál sería el reloj correcto de tomar para medir el tiempo en el desarrollo? ¿Acaso será el reloj biológico, institucional, social...o verdaderamente el reloj de aquello que esperamos que suceda? Cuando nuestra práctica es con bebés y niños pequeños es interesante problematizar a partir de dónde empezaremos a contabilizar este tiempo. Estos primeros tiempos de un ser totalmente inmaduro y prematuro serán los tiempos de otro. Tiempo que brindará nociones y sentidos construyendo otro diferente con otros tiempos.

Sabemos que el tiempo que puede medirse con instrumentos especializados es aquel tiempo homogeneizado y uniforme que se opone y contradice a los tiempos subjetivos. Tiempos propios, valiosos y necesarios, tiempos que a la vez aparecen como condicionantes en la subjetividad, y que demandan la responsabilidad de resolver todo lo relacionado al proceso madurativo como propio de aquello que nos indica lo saludable del desarrollo. Función parental en situación de carencia y de riesgo evidente para garantizar el desarrollo sano del niño.

El niño que necesita encontrarse con otro, y lo descubre desvalido por la vulnerabilidad y la realidad externa y contextual. Un contexto que resulta violento por ser testigo del maltrato en el que se encuentra inmersa la cotidianidad infantil, enmarcando el abuso y la ausencia del otro-Estado que no garantiza los medios necesarios para el desarrollo saludable.

Aventurar y apostar a los espacios que ocupan los adultos que serán quienes se ocupen de habilitar los procesos madurativos para alcanzar un desarrollo íntegro. Más pequeño el niño, más indefenso, más dependiente de otro que inicie su subjetivación con disímiles problemáticas e imposibilidades individuales y sociales.

Interpelemos a la estimulación temprana apelando al tiempo constitutivo de subjetividad, que permitirá favorecer el desarrollo

e interrelacionar todo lo que atañe a este proceso, si lo pensamos como aquello que envuelve aspectos psíquicos, biológicos y cognitivos que darán cuenta de normalidad, si pueden tener el intercambio necesario entre ellos y funcionar, cada uno de ellos, como engranajes de un *todo* niño. Nos aparece entonces, posicionándonos así, la inquietud sobre la práctica con niños de más de 2 años, pero niños que son ubicados, si tomamos el tiempo desarrollo, como bebés.

Una pregunta interesante nos sondea al pensar desde donde contabilizamos el tiempo en los bebés. Será quien ejerza función materna que podrá contabilizar el tiempo de quien aún no tiene nociones cronológicas ofreciendo su tiempo propio. Una mamá a la que más tarde deberá responder con los logros esperados para incluirse en la normalidad y escapar a los diagnósticos tempranos.

El tiempo al que demandamos es al tiempo subjetivo, pero nos topamos con el tiempo físico, el tiempo que se mide, el tiempo que se da, que pasa, que toma una dirección. El tiempo transcurre, y nos atenemos al tiempo para constituir ¿el tiempo entonces solo nos ordena? ¿Cuándo es el principio y cuando el fin de los tiempos tempranos? ¿Es el tiempo el que nos define los objetivos? ¿El tiempo de qué y de quién?

El desarrollo de un bebé nos implica el trabajo de imbricar todo aquello que entrecruce lo biológico y lo psíquico. Porque si no llegamos a tiempo, el bebé ya no será bebé, será niño y si aun así tampoco lo alcanzamos nos enfrentamos al adulto, ¿con capacidades de niño? ¿Cómo pensar el desarrollo de la subjetividad si éstos se encuentran inmersos en una sociedad con contexto exigente y demandante de generalidad, sin la temporalidad en la que cada uno cursa su desarrollo? ¿Estamos así frente a una concepción del desarrollo de la primera infancia que es una pura cronología que certifica generalidad esperada en estos tiempos actuales?

Nos encontramos, en cambio, ante la estimulación temprana ligando el desarrollo en relación con el contexto, donde asoma un corrimiento de la franja etaria a la que está destinada desde su definición. Un tiempo que nos define el ahora con situaciones que

preceden y suceden...que acontecen. El tiempo futuro que llega como preocupación de los adultos, tiene que ver con el tiempo de posibilidades de los niños que hoy presentan las dificultades en su constitución. Constituirse subjetivamente será para ellos ingresar a tiempos cronológicos propios que se irán enmarcando del tiempo del otro.

Programas, organizaciones, instituciones destinadas a la infancia, con segmentación de edades y diferentes abordajes, con promoción y prevención de lo que después se nos presenta como síntoma, consideran así los niños en un tiempo futuro. Pero la práctica nos encuentra abordando estos bebés y niños en tiempo presente, pura actualidad, intentando favorecer la salud para que se pueda escapar a la exclusión y a la marginalidad, siendo que el contexto familiar, social, e incluso institucional, delimita su realidad particular.

Nuestra labor en estos tiempos tempranos, tan valiosos por la mera condición de iniciales en la constitución, nos debe encontrar comprometidos con la singularidad, sin olvidar lo que nos rivaliza con el derecho de tener una iniciación saludable en la trayectoria del desarrollo.

Interpelando a la Estimulación temprana con sus términos de *estimulación* y *temprana*, posibilitamos cuestionar el modo de abordar los trastornos del desarrollo en épocas donde estamos interpelados por la invasión del paradigma neuro-biológico, detectando qué nos dificulta alcanzar las respuestas que favorecen los vínculos primitivos, tempranos, como habilitadores del proceso madurativo, y qué conceptos resultan insuficientes también para reparar los tiempos de constitución subjetiva por los que transitan los niños pequeños.

Históricamente la estimulación temprana nace y se desenvuelve bajo el abordaje médico de niños con síndromes, y ante el asombro de las diferencias en las singularidades de los mismos. Posiblemente es aquí donde podemos permitirnos cuestionar el concepto de *estimulación*, *estimular*, si repasamos su definición como concepto

que llega del latín, *stimulare*: “Hacer que alguien quiera hacer algo o hacerlo en mayor medida. Poner en funcionamiento un órgano, una actividad o una función, o reactivarlos.”³ ¿Estimular como intervención brindando estímulos?, ¿Qué vamos a estimular? Pregunta que remite a una respuesta de objeto, ¿A quién vamos a estimular? Pregunta que remite a otra pregunta ¿podríamos estimular sujetos? O ¿serían entonces éstos pensados como individuos?

Si al trabajar con bebés y niños en vías de constitución subjetiva, nos posicionamos lejos de lo que resulta favorecer los automatismos de funciones orgánicas, musculares y/o fisiológicas y nos apoyamos en las marcas que allí operan desde Otro que delimita simbólicamente, nos restará como tarea pensar conceptualmente cual es el término que define nuestras intervenciones con mamás y bebés.

En esta práctica nos encontraremos entonces, escoltando con estrategias e intervenciones a éste Otro indispensable en el desarrollo del humano, incapaz e indefenso, como un semejante significativo en el recorrido pulsional, que se torna imprescindible para la constitución subjetiva.

3 Real Academia Española, URL <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=Gsrzari>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DALLA CORTE, G., PIACENZA P., *A las puertas del Hogar: madres, niños, y Damas de Caridad en el Hogar de Huérfanos de Rosario (1870-1920)*, Rosario, Prohistoria Ediciones, 2006, URL <http://es.scribd.com/doc/106601357>

DOLTO, F., *La causa de los niños*, Barcelona, Paidós, 1993.

HEIDEGGER, M., *El concepto de tiempo*, Madrid, Trotta, 2003.

JANNIN, B., *El sufrimiento psíquico en los niños*, Buenos Aires, Noveduc, 2014.

JERUSALINSKY, A., y col., *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires, Nueva visión, 1988.

Revista Actualidad Psicológica. Año 33, n° 368.

Jóvenes en Inclusión Social

Condiciones subjetivas para la promoción de derechos

PSIC. IVÁN BRANNER*

1. *Introducción.*

Desde el año 2011, el Centro de Día La Posta viene trabajando con jóvenes de 14 a 18 años en situación de vulnerabilidad socio-subjetiva. Luego de tres generaciones de expulsión social, generadora de nudas vidas¹, estos jóvenes transitan por los bordes e interrupciones de la secuencia estatal de las instituciones tradicionales (de la familia a la educación formal, y de la educación formal al trabajo).

¿Qué nos encontramos, adultos > psicólogos, cuando convivimos con ellos? Lejos de la nada, las terribles consecuencias de la operatoria del libre mercado. Prácticas barriales cotidianas que vehiculizan valores, ofertas de sentido, invitan a los varones al con-

1 Si bien el concepto es de Giorgio Agamben, llega a mis manos a través de Duschatsky, S., y Corea, C., *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*, Buenos Aires, Paidós, 2002. Los autores usan el concepto para referirse a la reducción de los atravesamientos sociales e identificadorios que hacen a una vida (por lo menos, moderna): la condición de hijos, de amigos, de alumnos, de trabajadores, etcétera.

* IVÁN BRANNER: Psicólogo. Psicoanalista. Profesor de Psicología. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria, UNR. Diplomado Superior en Ciencias Sociales con mención en Psicoanálisis y Prácticas Socio-Educativas, FLACSO. Trabaja en Consultorio y en el Centro de Día La Posta, Gabinete Social, Gobierno de Santa Fe.

sumo y a la delincuencia; y a las mujeres al aislamiento doméstico, primero como “hijas” y luego como “madres”.

La convivencia en el Centro de Día, organizada por talleres y comidas, transcurre entonces en esa tensión: entre los goces instantáneos, la consecución del lucro, la rivalidad, el consumo, los actos, el riesgo y hasta a veces, lamentablemente, la muerte; y la cooperación, la equidad, el valor de la palabra, la puesta en sentido de la propia vida y el miramiento por la de los demás.

El Centro de Día tiene así su tarea primordial: la inclusión social. – ¿Ponerlos en un lugar donde se entretengan y resulten inofensivos? – ¡Nooo! –¿Llegar a recomponer con ellos proyectos que los relancen en una trayectoria vital?² –¡Síííí! Donald Winnicott acentuaba que había una *vida* más allá de la *cura* (y connotamos ese “más allá” como un trabajo de elaboración, como un “a través de”).

Más acá de los perfiles gruesos con los que se denomina a esta población (jóvenes en conflicto con la ley penal, adictos o con consumos problemáticos de sustancias, vulnerados social y subjetivamente...) nos preguntamos clínicamente: ¿Qué condiciones subjetivas son necesarias para la (re)construcción y la puesta en marcha de un proyecto identificadorio³? ¿Qué alienta o resiste en los jóvenes mismos –aunque más allá de sí mismos– que puedan ir haciéndose una vida?

2. *Un lugar de trabajo.*

Durante el año 2010, trabajadores de distintas áreas y niveles del estado (Salud, Educación, Cultura, Desarrollo Social, Justicia, etcétera) convergieron en una mesa para construir problemáticas

2 “*Sin utopía la vida es un ensayo para la muerte*” –entona Serrat.

3 Aulagnier, P., *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991.

comunes y prioritarias. Entre otras, hicieron notar la “falta de lugares para jóvenes de 14 a 18 años en situación de vulnerabilidad social”. La pregunta era: ¿Qué viene ocurriendo con los jóvenes que, más allá de la familia, no cuentan con otro espacio que la esquina o el reformatorio? ¿Qué oferta institucional les hace lugar a los que exceden la casa, a los que bordean e interrumpen la escuela, a los que no pueden acceder aún al mundo del trabajo?

Considerando la enunciación colectiva de esta problemática, el Gabinete Social⁴ de la Provincia de Santa Fe decretó la formación de los Centros de Día para la inclusión social de estos jóvenes. Se abriría así un Centro de Día en cada distrito de la ciudad para abordar integralmente las problemáticas de esta población. El Centro de Día La Posta haría lo propio con los jóvenes del Distrito Norte y Noroeste.

Desde el año 2011, La Posta ofrece a los/as jóvenes distintas actividades a lo largo del día, entre pares y con adultos. Una jornada típica comienza a las 9:30 hs con el desayuno, continúa a las 13 hs con el almuerzo, y culmina a las 16 hs con la merienda. Las comidas son las instancias generales de encuentro entre jóvenes y adultos que marcan las inflexiones en los tiempos institucionales. Además de instantes de ocio y tiempo libre, se llevan adelante talleres culturales (artísticos, deportivos o productivos –por ejemplo: macramé, plástica, relatos, fútbol, cocina, etcétera). La participación en la jornada institucional es voluntaria y de las actividades se puede entrar y salir, son permeables. Finalizado el día, los jóvenes se retiran a sus domicilios: casas de familia en los barrios, hogares residenciales, lugares de internación o rehabilitación.

Comienzo a trabajar como psicólogo desde la apertura misma del Centro de Día. Mis prácticas allí, incluyen: entrevistas de

4 Instancia interministerial del Gobierno de la Provincia de Santa Fe para el diseño, la implementación y evaluación de las políticas públicas para las problemáticas que incumben y exceden a cada ministerio en particular. Puede consultarse el Decreto N.º 1497. “Programa para la inclusión de adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad social” y su “Anexo – Lineamientos básicos”.

recepción con equipos, familiares y jóvenes; entrevistas –psicológicas o conjuntas– a los jóvenes cuando la confianza habilita y el padecimiento subjetivo amerita; en los retrabajos en equipo, lectura clínica sobre en qué anda cada joven y qué operaciones subjetivas precisa; los acompañó personalmente en el acceso a algunos espacios por fuera del Centro de Día y, por dentro, participo de algunos espacios culturales y convivenciales.

A distancia y en perspectiva, diría que al comienzo la apuesta con estos jóvenes fue *hacerles un lugar*. Luego tuvimos el desafío de *trabajar los emergentes* que ellos traían, en acto o en relato: problemas con sus familiares, robos, golpes, consumos, detenciones y abusos policiales, etcétera. Por último, y según los proyectos de vida que algunos fueron construyendo, intentamos *relanzarlos hacia otros espacios*.

3. Una dificultad de nuestras prácticas

En esto de acompañarlos a continuar sus proyectos de vida en nuevos espacios, vengo notando apuestas sin cálculo: se arroja a los jóvenes a otros lugares, sin que medie entre su pedido y estas intervenciones una evaluación técnica sobre qué condiciones son necesarias para que puedan habitarlos. Así, son impulsados a retomar espacios de los que fueron eyectados, sin que hayan cambiado las condiciones que los expulsaron, y sin que se hayan construido otras nuevas que permitan algún ensamblaje con esos espacios.

Esto abona la dificultad que se nos presenta como equipo para construir con los jóvenes un *después, por fuera* del Centro de Día. Por el trabajo de esta y otras instituciones, detecto que en este campo corremos el riesgo de terminar trabajando (casi escribo *trabando*) la *inclusión* como *contención*, como permanencia en los establecimientos sin avizorar el *después* que daría sentido pleno a la misma. En palabras de Ana Serra: “De estas instituciones se sabe muy bien cómo se entra, pero nunca cómo se sale”.

Considerando que *hacer lugar* es también *poder pasar*, que *alojar es anticipar y acompañar algún porvenir para estos jóvenes*, ¿Qué espacios nos sirven de relevo? ¿Cómo y cuándo trabajamos la vinculación de cada joven a estos espacios? ¿Qué condiciones (factores, criterios, indicadores) inciden en que promovamos o contraindiquemos tales o cuales pasajes?

Las respuestas más al alcance de la mano son las que configuran cierto “sentido común” en nuestro campo de trabajo: que muchas veces no existen estos espacios de relevo, que las instituciones tradicionales destinadas a la masividad no pueden modular sus procedimientos disciplinarios en función de la singularidad de cada situación, que estas poblaciones tienen dificultades económicas para acceder a ciertos lugares (costos de inscripción, de transporte, etcétera), que hay barreras microsociales que impiden a los jóvenes la circulación por los territorios (por ejemplo, que cada barrio está segmentado en numerosas y reducidas parcelas en las que cada banda ejerce su imperio)... Tales respuestas son válidas, pero no suficientes. De ahí que apostemos a complejizar (ampliar) el análisis hacia condiciones que están en juego y no las tenemos en cuenta.

4. *Un objeto de investigación*

Al menos provisoriamente, llamaremos a nuestro objeto de investigación: *condiciones subjetivas (singulares e institucionales) de acceso y sostén*. Para comprender de qué hablamos, desagreguemos mejor este montaje conceptual. Cuando hablamos de “*Condiciones...*” nos referimos a aquellas variables, factores, indicadores y/o criterios que consideramos al intentar vincular a cada joven con tal o cual espacio. Es una construcción que hacemos –desde una perspectiva adulta y profesional– de los pedidos de los jóvenes (o de las expectativas de los adultos) para abrirles caminos que les resulten transitables. Por ello también la elección del término

“condición”, en tanto sugiere algún grado de causalidad respecto de la producción de una nueva situación o circunstancia.

Lejos de referirse al ser, a la naturaleza o a la ontología de las personas, este constructo conceptual se refiere al estado, a la situación, a la disposición en que se halla algún joven respecto de los espacios que habita. Para no alentar atributos identitarios que se coagulen en estigmas, hacemos especial hincapié en el carácter dinámico de tales condiciones. De hecho, las mismas no suelen estar dadas de antemano, sino que construirlas –antes, durante y después de las trayectorias que promovemos– es parte sustancial de los procesos de inclusión.

Ahora bien, pueden considerarse distintos tipos de condiciones. ¿Se trata de que el joven quiera, pida, diga, sepa, pueda...? Las condiciones que en nuestro campo de trabajo se consideran con mayor frecuencia son: las económicas, las geográficas y las cognitivas. Hacer hincapié en las “Condiciones *subjetivas (singulares e institucionales)* ...” supone arrojar luz respecto del ensamblaje posible entre las vicisitudes de una singularidad y los distintos abordajes institucionales. Nos exige reflexionar tanto sobre la posición o disposición de los sujetos, como sobre las circunstancias institucionales que atraviesan. Aquí articulamos (especificamos y relacionamos) dos dimensiones de los procesos de inclusión: la de la singularidad más radical, por un lado, y la de lo institucional como forma de lo histórico-social, por el otro.

Respecto de la dimensión singular, ¿qué facilita o qué obstaculiza en cada joven –aunque más allá de sí mismo– que pueda ir haciéndose una vida a través de distintos espacios? ¿Qué trabajos psíquicos son necesarios para que un joven pueda acceder y sostener su tránsito por un efector de salud, por una escuela, por un trabajo?

Respecto de la dimensión institucional, las preguntas recaen en cambio del lado de las ofertas de sentido, de los formatos disponibles y de los lazos que se promuevan en cada lugar: ¿Qué espacios nos sirven de relevo para cada situación particular? Del otro lado

del puente ¿Qué le hace lugar al joven o, al contrario, lo obstaculiza, lo interrumpe, lo inhabilita? ¿Qué nexos o ajustes –alternativos a las formas tradicionales– se pueden ir ensayando entre cada joven y lo que puede un espacio?

Precisamos que son *condiciones subjetivas (singulares e institucionales) de acceso y de sostén* para señalar que la *inclusión* como proceso se produce más acá y más allá del instante de la *inscripción*. Con “más acá” nos referimos a todo lo que jóvenes y adultos hacemos para que los jóvenes accedan a un nuevo espacio: la búsqueda de lugares, las prácticas de acompañamiento, el retrabajo de las dificultades, la hospitalidad de los actores institucionales, las formas de recibimiento, etcétera. Con “más allá” nos referimos precisamente a todo lo que ocurre después del instante de la inscripción, proceso en el que el joven construye, sostiene y episódicamente pone a prueba el vínculo con otros actores en el nuevo espacio institucional. En absoluto se trata de evitar de antemano los conflictos, sino de ir elaborándolos con el joven, con los adultos, y entre ellos.

En síntesis, preguntarse por las *condiciones subjetivas (singulares e institucionales) de acceso y sostén* supone preguntarse por el ensamblaje posible entre los trabajos psíquicos de los jóvenes y los proyectos institucionales, a través de los cuales puedan ir haciéndose una Vida.

5. *Un método de investigación.*

¿Cómo hacemos entonces para abordar nuestra pregunta, para deslizar un poco más allá nuestros horizontes de análisis e intervención en nuestras prácticas de inclusión? Vamos a ensayar diversas lecturas a partir de experiencias (logradas o fallidas) en la búsqueda de lo que a simple vista no se ve. Por ende, intentaremos hacer jugo con los detalles, ubicando cuáles son estas condiciones y sus potenciales de inclusión.

Para ello diseñamos la siguiente estrategia metodológica: Considerando que el campo de la inclusión social suele traducirse en promoción de derechos, partiremos de diversas viñetas de trabajo, cada una atinente a un derecho en cuestión: salud, educación, trabajo y vivienda son los que más insisten en el trabajo con estos jóvenes. No habría mayor verdad que la que se puede desplegar a partir de situaciones concretas y cotidianas de trabajo. Apostemos entonces a la fuerza elaborativa de las viñetas –esos pedacitos de realidad contados según la perspectiva de quien los vivencia– que exigen a lo ya-sabido una apertura a lo in-pensado.

A la construcción de estas viñetas le seguirá el relevo y la nominación de las condiciones subjetivas que se juegan en la inclusión de cada joven, en cada espacio, en función de cada derecho. Consideraremos condiciones, criterios, indicadores, lecturas que hemos de tener en cuenta para referenciar a los jóvenes a otros espacios, además o después del Centro de Día.

En este análisis descartaremos el desarrollo de las condiciones económicas, geográficas y territoriales. No porque no existan, mucho menos porque no incidan; simplemente porque ya se visibilizan lo suficiente. El fundamento de este recorte analítico se debe a que en nuestro campo se sabe, se habla, se hace mucho y bastante bien a este respecto.

Haremos foco, en cambio, en lo que no anda, en lo que queda por fuera, invisibilizado por el “sentido común” de nuestro campo de prácticas. Respecto de cuándo habilitar qué espacios nuevos o posteriores para los jóvenes, nos afirmamos en el intento de afinar un cálculo preliminar antes que abrirles puertas hacia ellos de forma automática. Intentaremos desarrollar una lucidez que nos permita anticipar consecuencias en los ensamblajes posibles entre los jóvenes y los espacios. ¡Obviamente sin garantías! Asombro y Sorpresa no necesitan invitación para sentarse a la mesa.

A paso seguido, le seguirá la conceptualización de cada condición subjetiva (singular e institucional) de acceso y sostén, a partir de los aportes de distintas tradiciones del psicoanálisis: Sigmund

Freud, Donald Winnicott, Jacques Lacan y Piera Aulagnier⁵. No se trata de alinearse en alguna de ellas, sino de sacar provecho de los conceptos que nos permiten pensar cada situación⁶.

Con los pasos anteriores, consideramos transitado el doble movimiento de una elucidación clínica y crítica: “Pensar lo que hacemos y saber lo que pensamos” (Castoriadis dixit). En todo momento el interés es articular –conjugando, poniendo en solidaridad y en tensión– dos dimensiones: la de lo histórico-social (lo que aquí menciono como el campo de la inclusión) y la de la singularidad más radical (la del miramiento clínico por cada caso).

De este extenso programa de investigación, en este artículo llegaremos solamente a ilustrar su espíritu y su metodología, adelantando una única viñeta de trabajo, con el respectivo relevo y elaboración de las condiciones subjetivas (singulares e institucionales) de acceso y sostén de un joven, a un espacio, en pos de un derecho. Nos reencontraremos con las generalidades –emergentes, alcances y desafíos de este programa de investigación– hacia el final del recorrido.

Por el momento –y con ustedes– César va al Centro de Salud.

5 Cabe aclarar, también, que para este campo de trabajo son necesarios conceptos, llaves, herramientas de distintos desarrollos (extra/in)disciplinarios que nos permitan vislumbrar los distintos aspectos de situaciones complejas y complicadas. queda pendiente la pregunta por la articulación de estas herramientas conceptuales entre sí, como así también entre las herramientas conceptuales de unos y otros cursos: ¿multidisciplina, interdisciplina, transdisciplina, interdiscursividad, otras?

6 Pensar una situación es conjugarla con las categorías que evoque para recrearlas (cotejarlas) desde y hacia las prácticas. Si el método hablara, diría: “Construida una situación, me acordé de tal concepto ¿Qué me permite explicar respecto de la situación que estoy pensando? ¿Qué no, qué es necesario revisar del concepto mismo? ¿Qué consecuencias tiene en la práctica usar este concepto o algún otro, significar un pedacito de realidad de una manera o de otra?”. La luz está ahí, en el trayecto de pensamiento que parte de la práctica, recurre, abre y vitaliza la teoría, para volver a aquella resignificándola. Si la luz residiera en la teoría, la misma se cerraría, se aplicaría y devendría además de dogmática, iatrogénica. Si la luz residiera en la práctica, devendríamos muy capaces, pero siendo profesionales desconoceríamos las razones de lo que hacemos.

6. *Una viñeta*

César (17 años) ingresó al Centro de Día por solicitud de una organización comunitaria. Años de haber sido expulsado de la escuela del barrio y de no retomarla en ningún otro lugar, participaba de los talleres que disponía esta organización, espacios que le venían resultando demasiado chicos, demasiado sueltos, demasiado escasos.

Su familia conviviente se compone de su madre y de varios hermanos. Su padre fue atropellado hace algunos años por el tren que pasa frente a su casa, ubicada a algunos metros de las vías. Desde entonces, su madre volvió a tener solo una pareja, hombre con el que César rivalizaba. Cuando vivía, su padre llevaba a César a hacer changas con el carro, aunque también lo golpeaba cuando volvía borracho a su casa. Llevó varias entrevistas en el jardín delantero de una casa nominar el enojo que él todavía tenía con su padre por lo que le hacía, cuya reacción inmediata era salir a delinquir en los alrededores, dañando a otros y a sí mismo.

Un día, César llega a la institución con la cara hinchada. Le pregunto qué le pasó, me refiere dolor de muela. Le digo que no puede tener la cara así, que se le debe haber infectado alguna. Acordamos inmediatamente ir al odontólogo del Centro de Salud. En la esquina del Centro de Día, nos tomamos un colectivo atestado de gente. En el mismo, el joven se pone incómodo, como si no hubiera adentro y afuera de sí, como si las miradas y los cuerpos de los otros se mezclaran con él, invadiéndolo, disolviéndolo. En un momento, un joven de un grupito cercano pierde el equilibrio y lo empuja. Él le responde hostilmente, con una amenaza. Lo miro con sorpresa y le pregunto por lo bajo, en confianza y con un tono amigable, qué le pasó. Interpreta que lo habían violentado, le repongo que había sido un accidente producto del movimiento del colectivo.

Al llegar al Centro de Salud, prefiere esperar afuera (y no en la sala de espera) porque afirma “tener broncas” (conflictos con

jóvenes de otras banditas que impiden la circulación por sus microterritorios). Le transmito tranquilidad, que adentro hay vecinos y no hay de qué preocuparse. Accede a entrar, pero con intermitencias: no puede esperar y sale a fumarse un cigarrillo cada tanto.

En la consulta, la calidez del odontólogo y su trato familiar conmigo (resultado de acompañamientos previos) generan un clima de confianza. Como el odontólogo lo entiende sin dificultad, me limito a ir traduciéndole a César las operaciones profesionales, las preguntas y las informaciones de la consulta odontológica que resulten necesarias.

A la salida le menciono que me da la sensación de que se pone incómodo cuando tiene que esperar y cuando hay mucha gente –asiente– pero que eso no implica que vaya a pasarle algo malo.

7. Relevo y elaboración: condiciones subjetivas para la inclusión social

A partir de este proceso de inclusión a la salud, vamos a ir retomando el relato por segmentos, de modo de ir recortando y definiendo algunas condiciones subjetivas (singulares e institucionales) de acceso y sostén del joven en el Centro de Salud.

“Un día, César llega a la institución con la cara hinchada. Le pregunto qué le pasó, me refiere dolor de muela. Le digo que no puede tener la cara así, que se le debe haber infectado alguna. Acordamos inmediatamente ir al odontólogo del Centro de Salud”.

El auxilio ajeno proveniente de un otro de confianza que promueve acciones específicas.

Una visión del sentido común tendería a pensar que ante cierta necesidad, lo que la satisface es una cosa. Esta consideración

asistencial o funcionalista, reduce un complejo acontecimiento a una concepción mecánica y lineal. Desconoce que “*el mundo, este mundo de aquí, este mundo terrenal, no es tan solo un medio ambiente, un entorno -en el sentido de que aquí se pueda encontrar con qué saturar las necesidades-*”.⁷, sino un mundo humano poblado de afectos y relaciones. Por esto, al desconocer la matriz intersubjetiva en la que este acontecimiento se lleva a cabo, muchas intervenciones llevan al fracaso.

¿Qué ocurre de esencial –e invisible a los ojos– entre la enunciación de la problemática de un joven, por un lado, y los modos de abordarla, por el otro? Entre otras cosas, lo-que-ocurre, ocurre con un otro de confianza y de ternura que oficia de auxilio ajeno al recodificar el problema como tal, presentándole al sujeto una acción específica para abordarlo. La vivencia de satisfacción⁸ queda así suficientemente sugerida. Partimos de ella para señalar que la relación intersubjetiva está integrada aquí por un adulto de confianza y de ternura para el joven. Según Fernando Ulloa, la ternura genera la confianza en el niño de que el mundo consiente en satisfacer sus demandas. El niño “*va adquiriendo convicción en la existencia y bondad de un suministro ajeno a él, a la par que confía en sus propias posibilidades de demandarlo y obtenerlo*”⁹. De hecho, “demandar” proviene etimológicamente de “demandare” que significa “confiarse”¹⁰. En definitiva, las provisiones del otro que se caracterizan por producir alguna satisfacción, implican la construcción de alguna confiabilidad en ese otro.

7 Lacan, J., *El Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*, Buenos Aires, Paidós, 1999, p. 194.

8 Constructo conceptual ampliamente trabajado y retrabajado desde Freud en adelante. Sería a desarrollar en la investigación, un rastreo de este concepto a lo largo de la historia del psicoanálisis.

9 Ulloa, F., *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*, Buenos Aires, Paidós, 1995, p. 122.

10 Lacan, J., *El Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*, Buenos Aires, Paidós, 1999, p. 195.

En su “*Proyecto de psicología para neurólogos*”¹¹, Freud describe al otro del auxilio ajeno considerándolo como un individuo experimentado y con capacidad de operar sobre el mundo exterior. Para la ocasión, tratándose de jóvenes con ciertos recursos (y no ya de bebés) interpretamos “exterior” como “por fuera de la autonomía del joven”. Desde este aporte, la relación con el adulto es asimétrica, en cuanto a su saber acumulado y a su capacidad operativa sobre trayectos que el joven (aún) no maneja para producir una acción específica.

Oportuna y sucintamente, cabe recordar la diferencia entre la acción específica y la acción inespecífica¹²: mientras que aquella cancela el dolor por vías costosas pero seguras en sus consecuencias; ésta recurre a vías internas o reactivas facilitadas que producen descargas, pero no operan sobre la causa del estímulo y por lo tanto no lo cancelan. Consultar al odontólogo para aliviar y resolver un dolor de muela es la mejor opción (siempre y cuando el dolor sea físico).

Insistimos: todo esto ocurre sobre el trasfondo de una relación adulto-joven construida y consolidada. Por ende, de nada sirve andar diciéndoles a los jóvenes qué tienen que hacer, sin que el lugar del adulto –un particular primero, y como categoría general, después– sea investido con esta transferencia positiva.

Agarremos viaje con el joven: “(...) *nos tomamos un colectivo atestado de gente. En el mismo, el joven se pone incómodo, como si no hubiera adentro y afuera de sí, como si las miradas y los cuerpos de los otros se mezclaran con él, invadiéndolo, disolviéndolo. En un momento, un joven de un grupito cercano pierde el equilibrio y lo empuja. Él le responde hostilmente, con una amenaza. Lo*

11 Freud, S., “Proyecto de psicología para neurólogos”, en *Obras Completas*, Vol. I, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

12 Freud, S., “La interpretación de los sueños”, en *Obras Completas*, Vol. IV - V, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

miro con sorpresa y le pregunto por lo bajo, en confianza y con un tono amigable, qué le pasó. Interpreta que lo habían violentado, le repongo que había sido un accidente producto del movimiento del colectivo”.

También, más adelante:

“Al llegar al Centro de Salud, prefiere esperar afuera (y no en la sala de espera) porque afirma ‘tener broncas’ (conflictos con jóvenes de otras banditas que impiden la circulación por sus microterritorios). Le transmito tranquilidad, que adentro hay vecinos y no hay de qué preocuparse. Accede a entrar, pero con intermitencias: no puede esperar y sale a fumarse un cigarrillo cada tanto”.

Tanto en el colectivo como en el Centro de Salud, le surge a César cierta incomodidad en torno a habitar un espacio colectivo con gente desconocida. Su inconsistencia imaginaria en estos escenarios, lleva a que el joven se sienta ansioso, agredido y experimente esos escenarios con suma hostilidad.

Mis intervenciones en el colectivo y antes de entrar al Centro de Salud, apuntaron a despejar lo ansiógeno, lo amenazante, lo hostil que se le aparecía ante esos escenarios. Primero, ubicando lo accidental, lo no intencionado del empujón; luego, asegurándole que en el Centro de Salud se iba a encontrar con buenos vecinos y no con chicos en banda.

La pertenencia de César a una banda aparece como una oferta de sentido posterior a la destitución de la escuela en su trayectoria social. Podemos conjeturar que a él *le sirve* en tanto integración a una socialidad exogámica o extrafamiliar con valores, circuitos y prácticas que configuran modos de “ser joven” y “hacerse hombre” en su barrio. En pocas palabras, estar en una banda le aporta alguna identidad, un sentido singular y microsocial a su existencia, después de haberse caído (de) las instituciones tradicionales que le

aportarían lo mismo, pero hacia mejores puertos y por más seguros caminos.¹³

Trabajando con estos jóvenes sabemos que participar en estas bandas es para problemas. Además de la falta de ganancias culturales, conllevan riesgos ciertos *para sí* y para otros (consumos, delitos, lesiones, cárcel y/o muertes). Por otro lado, más que identitarias, estas bandas son inmunitarias¹⁴: no llegan a ser *guetos*, pero se erigen como fortalezas rígidas que sueldan un “yo” a un “nosotros”¹⁵, y un “nosotros” a un espacio cerrado, fijo y delimitado (¡se vinculan con *bunkers!*). Como si esto fuera poco, este “nosotros” se afirma contra “los otros” en relaciones que no exceden el circuito paranoico y retaliativo de ataqueydefensa, y contraataqueydefensa, y requeterecontraataqueydefensa...

Por lo tanto, tiene razón César cuando afirma que ha de tener cuidado en su circulación por “tener broncas en el barrio”; lo cual no quita que además se le jueguen fenómenos de inconsistencia imaginaria –desorganización o desintegración yoicas– al

13 Que las ofertas de sentidos para los jóvenes en los barrios pasen por estar en este tipo de bandas y no en proyectos escolares, grupos musicales, equipos deportivos, organizaciones militantes, etcétera, invita a una consideración –que excede mucho nuestro artículo– respecto de los actores histórico-sociales que regulan la vida en los territorios. Para ser más claros: en los barrios de la ciudad de Rosario, por lo menos, hay institucionalidades proclives a la vida o hay narcos (¿de qué lado ponemos a la policía, uy!?).

14 Esposito, R., *Communitas. Origen y destino de la comunidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 2007.

15 En muchas situaciones el punto de partida es todavía menor. En lugar de soldarse un “yo” a un “nosotros”, se produce una relación inmediata del “yo” con la sustancia, devenida Cosa, objeto de goce y de consumo. Por más que sean varios los jóvenes que habitan una misma escena de consumo, entre ellos no tienen mayor relación que estar ahí para consumir más de lo mismo. Para “cada uno”, “el otro” casi no existe; el *consumidor* de al lado no oficia de *compañero*.

En términos freudianos, en ese momento estos jóvenes no arman *masa*. Para referirse a esta modalidad mínima del lazo social, Sartre acuñó el concepto de *serialidad*. Cf. Varela, C., *La institución en la dialéctica de Sartre*, Colloque «L'héritage de Georges Lapassade», Université de Paris VIII, 2009.

URL <http://cristianvarela.com.ar/textos/institucion-en-sartre>

mismísimo momento de tener acceso a un lugar colectivo, nuevo y desconocido.¹⁶

*Ampliación del horizonte ético del semejante*¹⁷. *Presentación de otros (personas y espacios): de la ajenidad (hostil) a la semejanza (empática)*.

En los desarrollos en torno al estadio del espejo¹⁸, recordamos que el Otro primordial presenta al sujeto la imagen de su propio cuerpo como primer objeto. Fenomenológicamente, se trata de ese momento fulgurante en que un niño se mira al espejo, vuelve la mirada hacia el Otro que lo soporta y éste le confirma: “Ese que está ahí sos vos”.

Así como el Otro primordial sanciona que ese es el niño presentándole como objeto su propia imagen en el espejo, poco a poco el Otro primordial va presentando distintos objetos no-yo. Estas intervenciones tienen un vasto alcance, ya que con ellas se va invistiendo, abriendo el mundo, a partir de una condición esencial: lo que Silvia Bleichmar llama la transferencia de la transferencia (aquella en el sentido del desplazamiento, ésta en el sentido de la confiabilidad). La confiabilidad con la que el niño inviste al Otro primordial está en la base de la investidura del mundo. De hecho, en un primer momento por lo menos, los distintos objetos del mundo quedarán teñidos por el modo en que el Otro los presentó. A veces un gesto o un tono de voz alcanzan para darle una nota de color a las cosas.

16 Subrayamos que nuestra lectura de un mismo enunciado –“tener broncas en el barrio”– viene suponiendo la *sobredeterminación* entre factores de diversa índole: psíquicos, sociales y psicosociales. Para que no queden todos en el mismo plano, nos quedaría precisar si hay relaciones más específicas entre estos factores: ¿cómo juega cada uno? ¿serán todos determinantes o habrá factores que inciden en la situación de otros modos: condicionantes, facilitadores, obstáculos, etcétera?

17 Bleichmar, S., *La construcción del sujeto ético*, Buenos Aires, Paidós, 2011.

18 Lacan, J., “El estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica” en *Escritos I*, México, 1994. Winnicott, D., “Papel de espejo de la madre y de la familia en el desarrollo del niño”, En *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1986.

Considero que mis intervenciones con César han ido en este sentido. Su viaje en el colectivo y la espera en el Centro de Salud, fueron posibles gracias a la ampliación de la confiabilidad-en-mí hacia los otros espacios (colectivo y Centro de Salud) y personas (jóvenes y vecinos). Al operar como su yo-auxiliar, pasé a presentarle con empatía objetos del mundo que venían resultándole ajenos y hostiles. Desde entonces, devinieron confiables y habitables.

Descubrimos ahora que esta práctica de formación de lazos, se vuelve –además de terapéutica– contracultural, si consideramos que vivimos en “*un mundo que te domestica para que desconfíes del prójimo, para que sea una amenaza y nunca una promesa*”¹⁹. Ahora bien, a diferencia de estas presentaciones, mi intervención a la salida del Centro de Salud recayó también sobre las incomodidades del trayecto, pero sin embargo fue distinta:

“A la salida le menciono que me da la sensación de que se pone incómodo cuando tiene que esperar y cuando hay mucha gente –asiente– pero que eso no implica que vaya a pasarle algo malo”.

Esta intervención fue construida a partir de la insistencia de las incomodidades de César. Apuntó a que haya algún reconocimiento de este malestar como propio, y ya no sea puesto en los demás, intentando volver todavía más innecesaria la respuesta hostil hacia ellos. Estamos aquí ante un intento de: *Facilitar la implicación subjetiva en el malestar, tal vez pueda construirse como síntoma.*

“(…) es decir, en un proceso de elaboración simbólica que es necesario para que un sujeto pueda reconocerse implicado

19 Galeano, E., “Este es un mundo especializado en el exterminio del prójimo”, en *Revista Arcadia*, BBC Mundo, del 24/07/2012. URL <http://www.revistaarcadia.com/libros/articulo/este-mundo-especializado-exterminio-del-projimo-eduardo-galeano/29097>. Consultado el 21/03/2017.

en aquello que produce, es decir, para que se pueda producir algún grado de subjetivación del padecimiento. Dado que la lógica del síntoma supone un mensaje dirigido a otro, la sintomatización de un padecimiento puede abrir a la posibilidad de alguna intervención”.²⁰

Detengámonos ahora en la consulta odontológica:

“En la consulta, la calidez del odontólogo y su trato familiar conmigo (resultado de acompañamientos previos) generan un clima de confianza”.

Que se espere al joven, que sea bienvenido –espontánea o planificadamente. El alojamiento del otro-profesional.

Obviamente, no todo es presentación del objeto a cuenta de un yo-auxiliar. Si el profesional no hace nada para recibir bien al joven, difícilmente pueda sostenerse o repetirse la consulta. ¿Por qué alguien le abriría la boca a un desconocido que tiene a su lado, en una bandeja, un “arsenal de tortura”? Muchas veces se descuida lo importante que resulta la confianza en que el profesional está ahí para producir algún bienestar. En este sentido, así como el yo-auxiliar trasvasa la confianza del joven hacia el profesional, es necesario que el profesional prometa, que haga lo suyo para convocarla o, por lo menos, para estar a la altura de recibirla.

Ahora bien, el siguiente segmento de nuestra viñeta nos aporta algunas pistas más:

“Como el odontólogo lo entiende sin dificultad, me limito a ir traduciéndole a César las operaciones profesionales, las pre-

20 Kiel, L., “Los padecimientos en la escena educativa y los avatares del lazo social”, en *Diplomatura, FLACSO, sobre Psicoanálisis y Prácticas Socioeducativas*, Clase 15, p. 7.

guntas y las informaciones de la consulta odontológica que resulten necesarias”.

La función traductora del adulto.

Así como se produce un trasvasamiento de la confianza desde el joven hacia el profesional a través del yo-auxiliar, la comunicación es otro elemento que puede hacer de puente o puede hacer de muro. Por un lado, porque, aunque no lo parezca, “joven” y “profesional” hablan distintos idiomas –de ahí la idea de traducir, en el sentido lingüístico del término. Por el otro porque, como mencionamos más arriba, a veces cómo-se-dice y quién-lo-dice es más importante que lo-que-se-dice. Muchos jóvenes son muy sensibles a las miradas y a los tonos de los demás, sobre todo, desconocidos. Inmediatamente se dan cuenta de que el otro los está poniendo en un lugar de peligrosidad o de confianza, y muchos responden en sintonía con ello. Atravesar numerosas situaciones de discriminación, segregación y exclusión social tiene estos efectos.

Modos del acompañamiento, según grados de autonomía.

Con trayectos frecuentes y sostenidos, la experiencia referida por Freud al yo-auxiliar se va transmitiendo al joven en constitución. Esa transmisión implica, en términos freudianos, una compleja acumulación de facilitaciones (ligazones entre necesidades y satisfacciones enriquecedoras del material mnémico), la función del intelecto (la atención, las representaciones-meta, la elaboración entre representaciones) y la motilidad voluntaria (volcada al dominio cada vez más amplio del mundo exterior).²¹

21 Cf. Freud, S., “Proyecto de psicología para neurólogos”, en *Obras Completas*,

Progresivamente se va construyendo el conocimiento y el reconocimiento por el mismo joven de la problemática que padece, junto a un modo específico de abordarla. En el mejor de los casos, esta *recodificación* permite que el joven se vaya ocupando de ella, siendo cada vez más el agente de la acción específica (y ya no el agente de una acción inespecífica, o el objeto de la acción del otro).

Gracias a Winnicott podemos precisar distintos grados de autonomía. Por ejemplo, en “*La capacidad de estar a solas*”²², tiende matices diferenciales entre *estar con*, *estar solo-con* y *estar solo*. En “*La teoría de la relación progenitores-infante*”²³, ensaya una secuencia que va desde la *dependencia absoluta* hasta la *independencia*, pasando por la *dependencia relativa*. Tendremos en cuenta estos aportes lógicos (no cronológicos) para los acompañamientos que emprendemos, considerando la diferencia entre lo que el joven ya puede y lo que todavía no –y para lo cual requiere de nuestra ayuda. El sostenimiento de estos acompañamientos conlleva idealmente una retirada gradual del adulto, con miramiento de la autonomía progresiva del joven.

Modos de resolución de conflictos: destinos inofensivos de lo pulsional.

En nuestra viñeta, vemos cómo César recurre a una amenaza como primera reacción ante los jóvenes, suponiendo que lo empujaron en el colectivo. Este segmento abre una línea de interrogación en torno a los modos de tramitación de lo pulsional. Sabemos que, así como la pulsión sexual, la pulsión agresiva también puede contar con varios destinos:

Vol. I, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

22 Winnicott, D., “La capacidad de estar solo”, en *Revista de Psicoanálisis*, XVI, 2, 1959.

23 Winnicott, D., *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Barcelona, Paidós, 1994.

“[La pulsión de destrucción] (...) trabaja dentro de todo ser vivo y acaba por producir su descomposición y reconducir la vida al estado de la materia inanimada. Merecería con toda seriedad el nombre de una pulsión de muerte, mientras que las pulsiones eróticas representan (...) las tendencias a la persecución de la vida. La pulsión de muerte se convierte en pulsión de destrucción cuando es dirigida hacia afuera, hacia los objetos, con ayuda de órganos particulares. El ser vivo preserva su propia vida destruyendo la ajena (...), por así decirlo. Empero, una porción de la pulsión de muerte permanece activa en el interior del ser vivo (...).”²⁴

Como vemos, la destrucción, la descarga directa sobre el objeto, es tan solo uno de estos destinos. Para estos jóvenes, a veces, el único. Con frecuencia, no pueden reprimirla y la despliegan a cielo abierto (para ellos “cualquier bronca arma bardo”). En esto se manejan como si estuvieran en un estado de guerra inminente. Conjeturamos que la inminencia de este destino destructivo de la agresividad les impide habitar los escenarios sociales (por lo menos los institucionales, por lo menos los tradicionales).

Entonces, una cuestión nodal para considerar la habitancia de escenarios colectivos próximos sería: ¿Qué hace un joven con sus pulsiones agresivas? ¿Con qué vías de tramitación cuenta, cuáles podemos construir con él? ¿Las descarga directamente sobre el objeto, las vuelve sobre la persona propia, las reprime, las sublima? ¿Puede “encontrarle la vuelta” por vías de tramitación que tengan que ver con la palabra como recurso para la solución de los conflictos? ¿Qué soportes culturales disponemos para promover el rodeo inofensivo de estas pulsiones? En última instancia, si res-

24 Freud, S., Einstein, A., “¿Por qué la guerra?”, en *Obras Completas, Vol. XXII*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

ponder a los conflictos de modo inofensivo fuera imposible: ¿Qué espacios institucionales sobrevivirían a la destructividad?²⁵

Por último, pero no menos importante: ¿Cómo se descubren y elaboran los determinantes psíquicos conscientes e inconscientes de los que parte la agresividad? Esta pregunta nos invita a formularnos una hipótesis clínica respecto de qué le pasa subjetivamente a cada joven. Volvamos a nuestra situación de referencia:

“Su padre fue atropellado hace algunos años por el tren que pasa frente a su casa, ubicada a algunos metros de las vías. (...) Cuando vivía, (...) llevaba a César a hacer changas con el carro, aunque también lo golpeaba cuando volvía borracho a su casa. Llevó varias entrevistas en el jardín delantero de una casa nominar el enojo que él todavía tenía con su padre por lo que le hacía, cuya reacción inmediata era salir a delinquir en los alrededores, dañando a otros y a sí mismo”.

Lectura clínica (transversal) de lo que le pasa al joven.

En las entrevistas, indicios e insistencias entre los episodios antisociales (delitos, violencia con pares, etcétera) nos recondujeron a las mociones en juego en César hacia su padre. A la hostilidad contra él (golpeado en la casa) le coexistía una moción amorosa (llevado al trabajo). Al no poder inscribir el joven el odio hacia su padre, y preservando a este como objeto amado y familiar, la destructividad se volcaba al escenario social. Sin embargo, el rodeo no llegaba muy lejos: se manifestaba en las intermediaciones de su vecindad. Distintas construcciones permitieron la inscripción de

25 Sobre la destructividad en la constitución del psiquismo del niño y del adolescente puede consultarse: Winnicott, D., “Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente” y “El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones”, en *Realidad y Juego*, Barcelona, Gedisa, 1971.

estas mociones pulsionales, y la simbolización de lo que devino conflicto psíquico con su padre. Desde entonces, las reacciones antisociales (delictivas y violentas) fueron cediendo y dieron lugar a tramitaciones para sus enojos, mediados cada vez más por pensamientos y palabras.

Síntesis:

Despejaremos primero las condiciones implicadas en la viñeta que ya son parte del “sentido común” de nuestro campo de trabajo:

:: Que los espacios de relevo existan y sean de acceso “gratuito” (en el ejemplo, el Centro de Salud pública). Podría no haber centros de salud pública o cobrarse (aparte) por la atención en ellos. Parece una obviedad, pero que los haya supone *cierta* concepción del Estado respecto de los derechos ciudadanos. Hay otras concepciones más actuales, pero también menos equitativas.

:: Que se pueda acceder geográficamente a ese espacio: saber dónde queda, cómo se llega, tener cómo y con qué hacerlo (acceso a la información y a los medios de transporte).

:: Que no haya barreras en los territorios vivos y las dinámicas sociales (en el material, los conflictos entre jóvenes en banda).

Ahora sí, puntuaremos los hallazgos de nuestro análisis:

:: La confiabilidad en el otro(yo-auxiliar).

:: Recodificar la ligazón entre un problema y una ac-

ción específica que lo aborde, bajo la promesa de algún bienestar.

:: Consentimiento del joven.

:: Acompañamiento según grados de autonomía.

:: Presentación de otros (personas y espacios) en pos de la ampliación del horizonte ético del semejante. De la ajenidad a la empatía.

:: Anticipación de un lugar para el joven. Alojamiento por el otro (profesional).

:: Traducción entre diferentes idiomas, aún con el mismo lenguaje.

:: Destinos inofensivos de lo pulsional como modo de resolución de conflictos.

:: Lectura clínica sobre lo que le pasa al joven.

:: Facilitar la implicación subjetiva en el malestar, la construcción del padecimiento por el sujeto.

Con criterio escenográfico, ordenaremos nuestras condiciones en los siguientes esquemas:

Joven ● ————— ● Yo-Auxiliar

:: La confiabilidad en el otro (yo-auxiliar).

:: Consentimiento del joven.

:: Recodificar la ligazón entre un problema y una acción específica que lo aborde, bajo la promesa de algún bienestar

:: Acompañamientos según grados de autonomía

Lectura clínica sobre lo que le pasa al joven.

Joven ● ————— ● Yo-Auxiliar ● ————— ● Consulta

:: Presentación

:: Traducción joven

:: Destinos inofensivos
de lo pulsional

:: Implicación subjetiva
en el malestar

:: Anticipación y aloja-

miento del joven por el
otro (profesional)

:: Promesa de bienestar

:: Acción específica

Lectura clínica sobre lo que le pasa al joven.

8. Consideraciones finales

A modo de cierre, dejaremos balizadas las diversas consideraciones que fuimos sugiriendo en este artículo. Ojalá nos inviten a seguir trabajando –a mí, a ustedes, a nosotros:

Comenzamos ubicando la intención de elucidar las *condiciones previas* para el acceso a ciertos espacios, pero terminamos desplegando cómo acompañamos estas inclusiones con una *perspectiva de procesos*; esto es, con las intervenciones que vamos haciendo “sobre la marcha” ante la emergencia de las dificultades, cuando tales condiciones no se dan –ni pueden construirse– de antemano.

Nuestro análisis nos terminó arrojando lucidez respecto de algunas condiciones subjetivas supuestas (invisibles) para el acceso y sostén, específicamente, a una consulta odontológica. Dentro de lo que es la inclusión en salud, ¿podrían generalizarse estas condiciones para otros tipos de consulta profesional: ¿puntualmente, la médica y la psicológica?

Ahora bien, y más allá del acceso a la salud, nuestro programa de investigación nos invita a continuar con el análisis de las situaciones, pero respecto de otros espacios a los que se intenta

vincular a los jóvenes en pos de la promoción de derechos: no solo consultas en efectores de salud, sino además propuestas educativas, trabajo y vivienda. No es lo mismo pensar las condiciones subjetivas para el acceso y sostén a una consulta, que las que son necesarias para un encuadre áulico, para distintas formas de actividad laboral, para sostener una vida a cierta distancia de la familia de origen.

Así como sintetizamos los recientes esquemas, ¿se podrá ensayar alguna integración de las distintas condiciones, factores e intervenciones de acceso y sostén (materiales, sociales, subjetivas, entre otras) en esquemas que involucren distintos niveles y sentidos para la relación entre ellas? Cuando las tengamos formalizadas, necesitaremos imaginar modelos inter-factoriales y de multi-nivel que no reduzcan la complejidad de estos fenómenos a una causalidad única, pero que tampoco la dejen librada a factores o hipótesis con el mismo grado de incidencia. *No hay causalidad única, pero tampoco todas las hipótesis valen lo mismo.*

Nos queda pendiente, sí, un punto capital de nuestro trabajo en este tipo de instituciones que tiene que ver con cómo juegan las distintas prácticas y discursos específicos en función de la realización de los proyectos institucionales. En otras palabras, ¿Qué aportamos los psicólogos, los trabajadores sociales, los educadores –cada uno y entre sí– respecto de la tarea primera del equipo o la institución en la que trabajamos?

Por último, si venimos apostando a cierto ensamblaje entre los jóvenes y las instituciones ¿De qué manera *facilitamos sin degradar* (1) la formación de una ciudadanía que no sea “de segunda”,²⁶ y (2) la consecución singular de sus proyectos vitales?

26 Castel, R., “Las trampas de la exclusión”, En *Trabajo y utilidad social*, Buenos Aires, Topía. 2004.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AULAGNIER, P., *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1991.
- BLEICHMAR, S., *La construcción del sujeto ético*, Buenos Aires, Paidós, 2011.
- BLEICHMAR, S., *Violencia social, violencia escolar: de la puesta de límites a la construcción de legalidades*, Buenos Aires, Noveduc, 2008.
- CASTEL, R., “Las trampas de la exclusión”, en *Trabajo y utilidad social*, Buenos Aires, Topía, 2004.
- DUSCHATSKY, S., COREA, C., *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*, Buenos Aires, Paidós, 2002.
- ESPOSITO, R., *Communitas. Origen y destino de la comunidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 2007.
- FREUD, S., “La interpretación de los sueños”, en *Obras completas, tomo IV – V*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
- FREUD, S., “Proyecto de psicología para neurólogos”, en *Obras completas, tomo I*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
- FREUD, S., “Psicología de las masas y análisis del yo”, en *Obras completas, tomo XVII*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
- FREUD, S., Einstein, A., “¿Por qué la guerra?”, en *Obras Completas, tomo XXII*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.
- GALEANO, E., “Este es un mundo especializado en el exterminio del prójimo”, en *Revista Arcadia*, BBC Mundo, 24/07/2012, URL <http://www.revistaarcadia.com/libros/articulo/este-mundo-especializado-exterminio-del-projimo-eduardo-galeano/29097>.
- HAIMOVICH, E., KRESZES, D., y otros, *Superyó y Filiación. Destinos de la transmisión*, Rosario, Laborde, 2000.
- KIEL, L., “Los padecimientos en la escena educativa y los avatares del lazo social”, en *Diplomatura, FLACSO, sobre Psicoanálisis y Prácticas Socioeducativas*.

FREUD, S., “El estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica” en *Escritos I*, México, Siglo XXI editores, 1994.

FREUD, S., *El Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*, Buenos Aires, Paidós, 1999.

ULLOA, F., *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*, Buenos Aires, Paidós, 1995.

WINNICOTT, D., “La capacidad de estar solo”, en *Revista de Psicoanálisis*, XVI, 2, 1959.

WINNICOTT, D., “Papel de espejo de la madre y de la familia en el desarrollo del niño”, En *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1986

WINNICOTT, D., *Deprivación y delincuencia*, Buenos Aires, Paidós, 1983.

WINNICOTT, D., *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Barcelona, Paidós, 1994.

WINNICOTT, D., *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1986.

La Pregunta por el Sujeto en la Cárcel

PSIC. MARÍA LAURA PERETTI*

“Nos quitarán hasta el nombre: y si queremos
conservarlos debemos encontrar en nosotros
la fuerza de obrar de tal manera que,
detrás del nombre, algo de lo
que hemos sido, permanezca”

Primo LEVI

1. Dispositivo de Salud en la Unidad Penitenciaria N°6

Este trabajo es producto de una experiencia de escritura, está causado por preguntas y resonancias que surgen de mi praxis como psicóloga integrante del Dispositivo Interdisciplinario de Salud en instituciones penitenciarias (DIS en adelante) perteneciente a la Dirección Provincial de Salud Mental. El DIS se propone abordar problemáticas de salud mental en contextos de encierro carcelario, es decir en el ámbito del Servicio Penitenciario de la provincia de Santa Fe.

Considero importante contextualizar el surgimiento del dispositivo, la historia y la continuidad del mismo para repensar las prácticas actuales. Prácticas que remiten a una comunidad de trabajadores y trabajadoras que hicieron y hacen posible sostener la complejidad de las intervenciones de salud mental en las cárceles de la provincia de Santa Fe.

* MARIA LAURA PERETTI: Psicóloga. Cursó la carrera de Especialización en psicología forense. Integrante del Dispositivo Interdisciplinario de Salud en Cárceles. Ministerio de salud. Docente colaboradora del seminario “Agencia del sistema penal: Violencia institucional y Derechos Humanos”, Facultad de Psicología, UNR

A partir de La ley de Salud Mental Provincial, Ley 10772 sancionada en el año 1991 pero reglamentada en septiembre del año 2007, nos diferenciamos de otras provincias –por diferentes postulados- tomaré en esta oportunidad el artículo que plantea la creación de equipos de salud mental en cárceles. Se los nombró Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario y exigía la “*asistencia integral de personas con trastornos o alteraciones en su salud que se encuentren condenadas o detenidas bajo proceso penal*”.¹

En el 2004 se creó la implementación del *Programa de Salud Mental para Ciudadanos Detenidos o Bajo Medidas de Seguridad* que consistía en cuatro direcciones de trabajo: *los departamentos de salud mental en cárceles, la asistencia en comisarías, la sustitución y cierre del pabellón psiquiátrico de la cárcel de Coronda, y la conformación de juntas especiales*.²

En la Unidad Penitenciaria N° 1 de Coronda, provincia de Santa Fe, existió desde el año 1985 lo que se denominó “el Corralito”. Se trataba de un pabellón psiquiátrico donde se encontraban las personas con padecimiento mental dentro de la cárcel. El cierre fue un proceso complejo desde el año 2005, -año de la “masacre de coronda” que tuvo como consecuencia catorce muertos de esa unidad penitenciaria- en ese tiempo, la Dirección de Salud Mental comenzó a trabajar dentro del “corralito” con un equipo integrado por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y abogados. “*Dicha intervención tuvo por objetivo externar a las personas allí alojadas hacia espacios asistenciales de carácter no penitenciarios. En el año 2008, se produce el cierre definitivo del mismo*”.³

1 Ley 10771/91 Artículo 23

2 Faraone, S., “Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe.”, en *Revista Delito y Sociedad*, Buenos Aire, vol. 2, N.º 40, 2015.

3 Valero, A., Silvia F, “Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en la salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa

Con este antecedente, en el 2009 se crea un convenio interministerial entre la Secretaría de Salud del *Ministerio de Salud*, la Secretaría de Asuntos Penitenciarios del *Ministerio de Seguridad* y la Secretaría de Derechos Humanos del *Ministerio de Justicia y Derechos Humanos*. El acuerdo permite que equipos de la Dirección de Salud Mental trabajen con autonomía en el ámbito penal, a favor del Derecho a la Salud de las personas privadas de libertad ambulatoria. En la práctica, dicha autonomía es relativa, ya que los equipos se ven supeditados a las lógicas de la institución punitiva a la que ingresan.

Siguiendo el relato de la historia del DIS, mi práctica comenzó en marzo del 2014 en la Unidad Penitenciaria N° 3 (llamada también La Redonda, ubicada en el centro de Rosario), luego en el D.I.S de la Unidad 16 y desde octubre de 2015 a la actualidad en la Unidad N°6 ubicada en calle Francia al 5200, Rosario. Unidad que pertenecía a la alcaldía mayor de Jefatura, es decir a la policía de Rosario, y a partir de octubre de 2014 se encuentra bajo la órbita del Servicio Penitenciario santafesino.

Resulta interesante definir los conceptos que integran al D.I.S en relación con la praxis, a partir de las intervenciones que implican un interjuego entre el ámbito penitenciario y el ámbito de la salud. El primero es el de *Dispositivo*, pensado como artificio técnico, permite crear y posibilita analizar. Para M. Foucault los dispositivos son máquinas de hacer ver y hacer hablar. Uno de los componentes del dispositivo son líneas de subjetivación, a las que define de la siguiente manera:

“Una línea de subjetivación es un proceso, es la producción de subjetividad en un dispositivo: una línea de subjetivación debe hacerse en la medida en que el dispositivo lo deje o lo haga posible”.⁴

Fe.”, en *Revista Delito y Sociedad*, Buenos Aires, vol. 1, N.º 31, 2011.

4 Deleuze, G., *Michel Foucault, filósofo*, Buenos Aires, Gedisa, 2009, p.155.

Desde este concepto sostengo junto a otros una praxis, apostando a la subjetivación allí donde la institución punitiva desubjetiva generando cuerpos dóciles, pasivos y sin derechos. También el concepto remite a líneas de fuga, desde Deleuze, aquello que rompe el encierro. Las líneas de fuga se visibilizan en el lenguaje, a partir de historias relatadas, sueños, dibujos, imágenes, música, películas, en tanto permiten un modo singular de decir.

Trabajar con otros de un modo *interdisciplinario* supone para Stolkiner un marco de representaciones común entre disciplinas, y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis y su interacción. Dice la autora:

“Un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud”.⁵

Finalmente, el otro concepto es el de *Salud*. Desde la Ley 22657/2010 Art. 3. se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos, y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona.⁶

La persona privada temporalmente de libertad ambulatoria no debería estar privada de los derechos humanos. La salud es un derecho esencial del sujeto, pero en contextos de encierro suele estar interrumpida, bajo candado, denegada.

5 Stolkiner, A., *Interdisciplina y salud mental*, IX Jornadas nacionales de salud mental, I jornadas provinciales de psicología salud mental y mundialización: Estrategias posibles en la argentina de hoy, Posadas, 7 y 8 de octubre 2005.

6 Ley de Salud Mental 26.657 decreto reglamentario 603/2013 Art. 3, página 14.

La articulación de los tres conceptos es base de nuestras intervenciones, articulación que no es simple, es artesanal y difiere con cada sujeto.

2. Apreciaciones de una llegada

Uno de los analizadores para pensar la cárcel es el momento de ingreso, lo que acontece a la entrada de la institución penitenciaria en cada jornada laboral. Cuando llego permanezco del lado de la calle hasta que se abre un único portón. La apertura depende de un trabajador que tiene la llave. Esa persona varía cada día y al abrir hace una pregunta: “¿usted tiene jerarquía?”, pregunta que respondo sin afirmación, con mi nombre, mientras entrego una credencial emitida por el Ministerio de Salud donde especifica mi profesión, sin otra aclaración, ya que no pertenezco al cuerpo de profesionales del servicio penitenciario. Quien recibe la credencial registra los datos y el horario de ingreso. Al mismo tiempo, otra persona revisa el baúl del vehículo con el que llego y cuando me voy se repite la misma escena.

El personal casi nunca es el mismo, son personas desconocidas quienes reciben los datos, generalmente con trato distante. Este punto de desconocimiento del otro no es menor, es la dimensión micropolítica de la intersubjetividad que no termina de instalarse. Sobre esto volveré más adelante, sobre el lazo social de la institución carcelaria.

La puerta de ingreso a la Unidad 6 es un portón único, no tiene las rejas típicas de la cárcel como aparece en las películas, ni tampoco los ruidos a candados. Escena que me producía asombro y escalofrío en mis primeros ingresos a la Unidad N°3.

Una vez dentro de la institución, recorro un camino de tierra lindero con la Policía Científica hasta llegar a otra puerta de ac-

ceso al interior del penal. Me dirijo a Vigilancia⁷, sector donde entrego un listado con los nombres de los pacientes para que los celadores⁸ los puedan trasladar al lugar asignado para las atenciones -lugar que no fue fácil conseguir-. Nuevamente me encuentro con la pregunta por mi nombre y DNI; y desde ahí atravieso otras puertas hasta llegar al servicio médico⁹ donde está ubicado el consultorio N°4 del DIS.

Vale aclarar que los papeles donde se anotan los movimientos de cada jornada laboral se deshacen al final del día, logrando cumplir con la ficción o burocratización que la institución requiere.

Dejar en vigilancia los nombres de quiénes asistirán al DIS es una de las muestras de control de la institución punitiva. Registro que tiene consecuencias ante los jefes y celadores, ¿cómo es considerado un interno que va al psicólogo? A su vez, se renueva la insistencia de asentar el nombre de los “agentes externos” o trabajadores de otros ministerios, ¿acaso aquellos que pueden infectar la institución? En ambos casos es un registro que no se inscribe. Es decir, el nombre en la cárcel -lo singular- es lo que no cesa de no inscribirse.

3. *Escenario institucional*

En la unidad 6 se encuentran detenidos 500 hombres con un personal penitenciario de 250. La institución tiene la particularidad de ser un predio a “cielo abierto”, donde predomina el descampado entre los pabellones. Sin embargo, los internos no acce-

7 Sector que recibe información para ser distribuida a cada pabellón. Donde se dirigen actores externos.

8 Persona destinada por la autoridad para ejercer vigilancia en cada pabellón. Generalmente son dos por pabellón.

9 El Servicio Médico de la Unidades Penitenciarias de Santa Fe está formado por profesionales que dependen del Servicio Penitenciario, médicos clínicos, enfermeros y dos psiquiatras para los penales de la zona sur de Rosario (Unidad 3, 6, 11 y 16).

den libremente a este cielo, salen una vez por semana a jugar al fútbol o al rugby. Cuando llueve -no importa si mucho o poco- el barrial es una característica del lugar y en esos días se interrumpe la única salida semanal.

Existen 11 pabellones¹⁰, 10 de los cuales son religiosos. La religión que comanda la Unidad Penitenciaria N° 6 se define en un dispositivo religioso evangélico pentecostal –DREP-. Dispositivo que funda su ejercicio en un saber, en cultos y modalidades de poder signados por sus representantes. Dice Mauricio Manchado:

“La primera analogía (con el sistema penitenciario) es su organización en un esquema jerárquico y verticalista definido de la siguiente forma: “siervo-consiervo-coordinadores-líderes-asistentes de líderes-ovejas.”¹¹

En esta población muchas veces se dificulta acompañar un tratamiento de salud mental que requiera medicación porque tienen prohibido el consumo; las respuestas están dadas por Dios y son limitadas las participaciones en actividades que fomenten la creación y el pensamiento crítico. Pareciera que Dios es la única existencia de otro que habita y trasciende la lógica penitenciaria. Un otro correctivo que busca modificar las desviaciones de los hombres, por lo cual no se puede hablar de nada referido al afuera, ni a la causa judicial. La intención es abandonar un pasado “mundano” y una subjetividad vinculada con la delincuencia.

“Lo mundano se define, en el afuera, como lo pecaminoso en referencia a vicios y consumos (cigarrillo, estupefacientes,

10 Lugares donde se encuentran detenidos los internos. Cada pabellón tiene sus particularidades, por ejemplo, el N°9 es de ingresos, el N°11 de internos que están con sus salidas transitorias; el N°1,2, 4, 6, 8, 10 son evangélicos.

11 Manchado, M., “Las Prosperidades Restauradoras: el Papel de las Narrativas Pentecostales en las Estrategias de Gobierno del Sistema Carcelario Argentino”, en *Revista Scielo*, Vol. 60, N.º1, 2017.

alcohol), prácticas ilegales (robar, matar, violar, etc.), prácticas amorales (engañar, mentir, faltar el respeto, etc.) o discursos infames (sobre todos aquellos dirigidos hacia Dios, o los que hablan sobre cosas que no son de Dios, es decir, todo lo extra-espiritual), donde cada una de estas prácticas pueden ser ejercidas en una multiplicidad de espacios (barrios, discotecas, prostíbulos, instituciones laicas, etc.)”.¹²

Con estas características de la población construimos algunas estrategias posibles de intervención junto a otro psicólogo que integra el DIS de la U6. Una de las preguntas que nos hacemos es ¿qué puede aportar el discurso del psicoanálisis en una institución de encierro punitivo? Pregunta que nos plantea límites, pero insiste ¿cómo poner en juego algo de lo posible?

Al dispositivo asisten pacientes que participan, por un lado, de entrevistas clínicas individuales, y por otro lado, de espacios grupales que realizamos semanalmente de escritura y ajedrez.

Las atenciones individuales se producen en su mayoría por derivaciones. Proviene de los EARS¹³, del Servicio Médico o de Juntas Especiales en Salud Mental¹⁴. También pueden ser pedidos espontáneos de un espacio de escucha, o a partir de colegas del D.I.S que por traslado de internos a otras unidades penitenciarias realizan derivaciones. Según como arriben, es diferente la implicación en el espacio clínico.

Frente a los pedidos de tratamiento presentamos el dispositivo de Salud Mental mostrándolo separado de la lógica penitenciaria, ya que no es un estímulo que contribuya a las salidas transitorias,

12 Manchado M., “Las Prosperidades Restauradoras: el Papel de las Narrativas Pentecostales en las Estrategias de Gobierno del Sistema Carcelario Argentino”, op. cit.

13 Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social. Conformados por psicólogos, trabajadores sociales y abogados. Al momento, dichos equipos han vuelto a ser nombrados (de modo regresivo) como Equipos Técnicos Criminológicos.

14 Pertenece al Ministerio de Salud

a la obtención de pericias, informes, o para disminuir el tiempo de condena. También solicitamos el consentimiento del paciente porque es voluntaria la participación para quien quiera hablar y habitar el espacio terapéutico. Muchas veces el inicio está condicionado por la idea de obtener algún “beneficio” respecto a la causa jurídica, pero con el paso de las entrevistas se vislumbra que sostiene el espacio quien pone en juego las palabras en relación a su historia.

4. Problemáticas específicas de la Institución Penitenciaria

Hablar de Salud Mental en cárceles plantea una contradicción en sí misma, ya que el encierro va en detrimento de la salud mental y la lógica penitenciaria generalmente contribuye tanto al abuso de poder como a la desubjetivación de quienes habitan dichas instituciones.

Las cárceles y los hospitales monovalentes tienen características comunes, son *instituciones totales*. Se pueden leer, siguiendo nuevamente la ley de Salud Mental N°26.657, denominadores comunes entre locos y presos como algunos de los sectores más vulnerables de la sociedad. Sin embargo, la consideración de los derechos en el ámbito penal no ha avanzado. Lejos de que existan alternativas al encierro punitivo, este aumenta. En el año 2016 no sólo aumentó el número de detenidos, sino que también el sistema penitenciario pretendió avanzar fuertemente sobre el sistema de salud. Me refiero a hechos sucedidos tales como la internación en el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”¹⁵ de pacientes privados de su libertad ambulatoria por orden judicial sin que intervengan equipos de salud, o la medida de crear una

15 Ubicado en calle Suipacha 667 de la ciudad de Rosario. La sala penitenciaria en esa institución fue propuesta en julio de 2016, por un juez en respuesta a un recurso de Habeas Corpus presentado por el Ministerio Público de la Defensa Penal.

sala penitenciaria en la misma institución. Ante esta coyuntura política compleja fue necesario defender los derechos adquiridos de los pacientes, para no retroceder al mencionado “corralito” en Coronda, también por los trabajadores del DIS que intervenimos con atenciones y derivaciones como equipos de salud.

La especificidad de la población que vive en las cárceles, producto de la selectividad del sistema penal, corresponde a los sectores más empobrecidos, aquellos que han atravesado en su trayectoria vital cierta vulnerabilidad psicosocial o la ausencia del Estado que no ha garantizado el cumplimiento de los Derechos Humanos.

Una particularidad de las sociedades de control es recluir a la población estigmatizada como peligrosa. En este sentido, se encierra a quien porta la etiqueta de delincuente y más aún de delincuente-locó.

“El sistema penal funciona en base a patrones de selectividad basados en estigmatización, esto es selección predominante de personas que reúnen ciertas características observables: color de piel, vestimenta, corte de pelo, etc., y de victimización generando condiciones para obtener de modo reactivo conductas tipificadas como ‘peligrosas’ o bien atribuírsela a determinadas personas, solo por pertenecer a los estratos sociales más desfavorecidos económicamente. [...] En términos de Zaffaroni, el sistema penal reúne las características de un tecno-colonialismo genocida. La violencia tiene así otro polo que la produce y la reproduce”.¹⁶

Quien llega a la institución penal se supone que ha cometido un delito. En este enunciado, el estado de presunción de inocencia

16 Oñativia X., Di Nella, Y., *Derechos Humanos y Psicología Forense: De un imperativo Ético a un dispositivo técnico*, Ficha de Cátedra, Psicología Forense UNLP.

como principio jurídico no es considerado, ni respetada la legislación de los Derechos Humanos cuando dice:

“Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa”.¹⁷

Desde el comienzo, si el proceso penal (condenatorio) no fue realizado con los derechos que le corresponden tanto a las víctimas como a los imputados, se parte de un hecho ilegal.

Al momento que una persona, un sujeto de derecho, ingresa a la cárcel ¿qué ley lo acompaña? ¿No es paradójico que quién fue penalmente privado de la libertad (ambulatoria) por un delito, sea llevado a naturalizar la ilegalidad en el encierro? ¿Por qué los actos delictivos se multiplican intramuros? Quien administra la ley, ¿está atravesado por ella? ¿Cómo sobrevive el sujeto ante las violencias del encierro, en una institución que no le da herramientas para que viva?

Retomo una expresión: “*Del portón para acá se acaban los derechos humanos*”.¹⁸ Expresión que da cuenta que acceder a la salud, educación, trabajo, salidas transitorias, actividades culturales, a la palabra, no son considerados *derechos*. La lógica penitenciaria instaura una problemática que M. Manchado llama “el beneficio de un derecho”¹⁹. En este sentido la cárcel es una comunidad en la que habitan los infractores y los que aplican la ley; quienes legitiman códigos los transgreden y viceversa. Generalmente, estos

17 Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 11.

18 “Injusticia y desigualdad en las cárceles panameñas”, Tomado de la expresión de uno de los internos que repetía la frase de un policía que custodiaba la cárcel Pública de La Chorrera, Panamá.

19 Manchado M., *Las insumisiones carcelarias*, Rosario, Rio Ancho Ediciones, 2015, p. 108

grupos, además de compartir la institución, provienen de los mismos sectores socioeconómicos, encontrando lugares comunes en los márgenes sociales y en el encierro.

Estos sectores comparten la misma vulnerabilidad social, es decir:

“El grado de fragilidad psíquica que la persona tiene por haber sido detenida en sus necesidades psicosociales básicas: seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación, como así también comida, agua potable, trabajo y salud”.²⁰

A partir de caminar la cárcel, escuchar las voces que la habitan y recibir diferentes versiones de lo que sucede dentro, se podrían considerar algunas características instituidas que son comunes con el “estado de excepción”. Para Agamben este estado es un umbral de indeterminación entre la democracia y el absolutismo, “*se presenta como una disposición ilegal pero perfectamente jurídica y constitucional que se concreta en la producción de nuevas normas (o de un nuevo orden jurídico)*”.²¹ Señalo algunas de esas características acompañadas de situaciones trabajadas:

1) *La ilegalidad se hace regla.*

Franco en su primera entrevista comenta que escribió notas pidiendo un destino laboral o asistir a la escuela y no tuvo respuestas. Hace ocho meses que no ve a su familia porque viven en el interior, su hija estuvo internada, la quiere ver, pero no puede. Lleva dos meses “pasado” del tiempo que debería salir, espera todos los días su libertad condicional.

20 Domínguez Lostaló, J., Di Nella, Y., ¿Es necesario encerrar? El derecho a vivir en comunidad, La Plata, Cuaderno del Caleuche, Facultad de Humanidades U.N.L.P., 1996.

21 Agamben G., *Estado de Excepción. Homo sacer II, 1*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo Editora, 2010, p. 65.

“Necesito que me digan algo. Si yo cumplo con la pena ¿por qué la justicia no cumple con sus tiempos?”.

2) *El estado de alerta es constante, lo inesperado sucede.*

Julián estuvo en una celda de resguardo por más de un mes. No hablaba con nadie; estaba ahí por una pelea en su pabellón. No podía volver y tampoco lo recibían en otro lugar. Julián permanecía en estado de alerta, hasta que fue trasladado nuevamente a otro penal. “Tenemos traslados compulsivos, te mandan para cualquier lado y a nadie le importa. Casi no duermo por el miedo, despierto me puedo proteger”.

3) La población se refleja en la homogeneidad de “Inter-nos”, “celadores o penitenciarios” y “profesionales técnicos”. La cárcel agrupa despersonalizando, al mismo tiempo que resalta, de modo objetivo, los rasgos en común y borra las singularidades. Característica que comparte con otras las instituciones totales y en particular con la religión. Sobre este último punto profundizaré a continuación.

5. *La Desmentida como rasgo institucional*

Las instituciones totales para Goffman son un *híbrido social*²², una mezcla entre comunidad residencial y organización formal. Para el autor la característica es la ruptura de las barreras que separan diferentes ámbitos de la vida como: dormir, jugar, y trabajar, ya que se reducen todas las actividades a un mismo lugar. A su vez, estas tareas diarias se realizan siempre en presencia de otros con quienes se convive, y están secuencialmente programadas.

22 Goffman, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2012.

Emilio Rodrigué dice sobre las instituciones totales:

“En ciertas instituciones, el interno pierde su nombre por un número o recibe un nuevo apodo. El confinado pierde su tiempo propio. En nuestra cultura nos es indispensable contar con nuestro propio rincón. Ese rincón o nicho privado no existe en la institución total. [...] Cabe por tanto hablar de una mortificación del yo”.²³

Por “mortificación” el autor expresa que se afectan los sentimientos, ideas y modalidades que constituyen la identidad. El yo es violado por un doble tráfico de instrucciones: por un lado, se lo vacía de vínculos previos y se lo despoja de identificaciones, y por el otro, se irrumpe con una nueva doctrina o modalidad, impuesta en forma masiva y compulsiva. El confinado se transforma.

De otro modo, pero con el mismo efecto, los demás actores institucionales también viven cierta transformación del yo ¿Qué sucede con la identidad, los modos singulares de pensar, obrar y sentir del personal? Los empleados penitenciarios manifiestan la homogeneidad en el uniforme, la portación de armas, el semblante sin sonrisas, la distancia en el trato.

Lo particular del contexto carcelario es la individualización; y una técnica individualizante, como planteó Foucault, es la *anátomo-política de los cuerpos*. Se trata de una anatomía que hace blanco en los cuerpos hasta atomizarlos. “*Bajo los métodos disciplinados, los individuos son individualizados dentro de la multiplicidad*”.²⁴ La disciplina fue descubierta por primera vez en el ejército y luego en la educación, logrando control y vigilancia permanente. Así surge el personaje de vigilante o celador, que uniformado también pierde su singularidad.

23 Rodrigué, E., *Biografía de una comunidad terapéutica*, Buenos Aires, Editorial Eudeba, 1965.

24 Foucault, M., *Las redes del poder*, Buenos Aires, Libros Prometeo, 2014, p. 57.

Primo Levi, en el libro *Trilogía de Auschwitz*, describe el modo en el que fue introducido junto a otros judíos al campo de concentración. Relata sobre el abatimiento de los cuerpos, el encierro, la incertidumbre por las mujeres e hijos que no estaban con ellos, las preguntas por las pertenencias: los documentos, los relojes, el vestirse de modos iguales y llevar un número cosido sobre el pecho. Dice:

“Entonces por primera vez nos damos cuenta de que nuestra lengua no tiene palabras para expresar esta ofensa, la destrucción de un hombre. En un instante con intuición casi profética se nos ha revelado la realidad: hemos llegado al fondo. Más bajo no puede llegarse: una condición humana más miserable no existe, y no puede imaginarse. No tenemos nada nuestro, nos han quitado las ropas, los zapatos, hasta los cabellos; si hablamos no nos escucharán, y si nos escuchasen no nos entenderían. Nos quitarán hasta el nombre: y si queremos conservarlos debemos encontrar en nosotros la fuerza de obrar de tal manera que, detrás del nombre, algo de lo que hemos sido, permanezca”.²⁵

El D.I.S, desde un lugar contra hegemónico al discurso penitenciario, acompaña de diferentes modos la historización de cada sujeto adscripto al dispositivo para que, como dice la cita, algo de lo que esté detrás del nombre permanezca. El nombre propio es la marca del Otro como acto inaugural de humanización sobre un sujeto. Pero la institución punitiva borra la marca singular dado que la despersonalización es un mecanismo que caracteriza los intercambios dentro de la cárcel.

Una hipótesis que sostiene este trabajo es que el borramiento del nombre propio es efecto de la desmentida que la institución

25 Levi, P., *Trilogía de Auschwitz*, Barcelona, Editorial Océano, 2005, p. 47.

carcelaria reproduce sobre el sujeto que la habita. La existencia es masiva, un no lugar singular. Retomo el momento de la entrada, ese momento donde aparece un registro singular, pero al fin del día es borrado sin quedar inscripción. Como también sucede con los innumerables escritos que hacen los internos por pedidos sobre su causa, sus salidas, trabajo, visitas, etc. esperando una respuesta por tiempo indeterminado.

Freud teorizó el concepto de renegación o desmentida en diferentes artículos, sobre la sexualidad infantil como una respuesta a la percepción de los genitales del otro sexo y en particular lo relacionó para las perversiones y el fetichismo. En *Algunas consecuencias de la diferencia anatómica de los sexos*, al hablar de las percepciones de los genitales de niño y niña, planteó que “*sobreviene un proceso que me gustaría designar desmentida, proceso que no parece raro ni muy peligroso en la vida del niño, pero que en el adulto, llevaría a una psicosis*”²⁶. La renegación o desmentida es un mecanismo análogo a la represión, por el cual el yo se separa del mundo exterior y análogo al rechazo en las psicosis. Estas estructuras, neurosis, psicosis y perversión, son diferentes respuestas ante la angustia de castración y modos de estar con otros.

Freud ubica la desmentida como un concepto central del fetichismo:

“El paciente (masculino casi siempre) no reconoce la falta de pene de la mujer, que, como prueba de la posibilidad de su propia castración, le resulta en extremo indeseada. [...] desmiente la percepción genuina y se atiene a la convicción contraria”.²⁷

26 Freud, S., “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”, en *Obras Completas*, Vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004, p. 271.

27 Freud, S., “Esquema del Psicoanálisis”, en *Obras Completas*, Vol. XXIII, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004, p. 204.

Se puede relacionar también con las teorizaciones sobre *La Negación*. Freud propone que la función del juicio es afirmar o negar contenidos de pensamiento:

“la afirmación –como sustituto de la unión– pertenece al Eros, y la negación –sucesora de la expulsión– a la pulsión de destrucción. El gusto de negarlo todo, el negativismo de muchos psicóticos, debe comprenderse probablemente como indicio de la desmezcla de pulsiones por débito de componentes libidinosos”.²⁸

La desmentida o renegación como mecanismo psíquico que afirma y niega, “sí, pero no” es un modo de respuesta, un modo de lazo social de la institución carcelaria sobre el registro del sujeto.

Se abren preguntas allí donde la institución habla. ¿Por qué la repetición de registrar diariamente lo mismo? ¿Se trataría de un montaje perverso de Otro con poder sobre un cuerpo-objeto que transita la institución? ¿Se podría considerar que es una respuesta en lo real ante la no inscripción simbólica?

Este trabajo abrió preguntas que no pretenden cerrarse, pero sobre todo abrió la posibilidad de escribirlas, simbolización que considero necesaria para pesar la institución en la que adscribo mi práctica.

A continuación, presentaré una viñeta clínica que ubica los alcances del psicoanálisis en tanto discurso que da lugar a un decir singular y a la historia que acompaña a un nombre.

6. *Un dispositivo hacia la singularidad de un nombre*

Carlos fue derivado al DIS con motivo de intentos de suicidio, por parte del equipo médico. Se presenta con interés de hablar des-

28 Freud, S., “La Negación”, en *Obras Completas*, Vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004, p. 256.

de el primer momento, escucho que atravesó situaciones complejas en su vida que dejaron fuertes marcas psíquicas, como si fueran aquellas que posteriormente materializa a través de cortes en su cuerpo. Habla de su crianza en la calle, de una situación de abuso sexual que vivió de chico y de los golpes que le daba su padre hasta el día que murió.

En la primera entrevista, Carlos atravesaba un momento particular: la separación con su pareja, siendo que ella era quien lo visitaba y la que decide no continuar con la relación. Ante esta pérdida, Carlos siente no querer seguir viviendo y revive un intento de suicidio que tuvo a los 19 años cuando otra mujer decidió separarse de él.

El apellido de Carlos, al que nombraré Vítale, es un significativo que hace referencia a la vida. Él toma esa palabra y construye preguntas: ¿para qué vivir?, ¿por quién?, ¿qué cosas hacer en la vida? Estos interrogantes de apertura se fueron repitiendo en encuentros posteriores e hilvanando con algunas de sus expectativas. Comparte su interés por alfabetizarse como también por trabajar con madera.

A partir de acompañar a Carlos en sus preguntas y elaboraciones, realicé una consulta en tribunales por su expediente; hacía más de un año que él no sabía sobre su causa penal y tampoco sabía el nombre de su defensor. Dos semanas después empieza a ser citado y trasladado a tribunales y observa que el ser llamado le produce “existencia” y “movimiento”.

Carlos, que tuvo su documento a los 19 años, lo había perdido en alguna detención policial. En el momento que comienza a ser llamado pide realizar su DNI. Podría pensarse que apela a su identidad a partir de ser reconocido por otro. A su vez, Carlos comienza a escribir cartas, que manualmente fueron realizadas por otros, donde puede contar lo que siente. Le escribe a su madre planteando enojos, reclamos y preguntas de su infancia. Entrega otra en el espacio terapéutico llamada “Anhelo”, que, como en

sueños que relata, aparece en libertad siendo protagonista de escenas con sus hijas.

Carlos puede construir otras posibilidades y un vínculo diferente con la vida a partir de nuevas elecciones, elecciones que son posibles cuando existen opciones. En uno de los encuentros dice: *“ya nada volverá a ser como antes, desde que pude pensar algunas cosas”*. Las entrevistas se interrumpieron ya que no continué trabajando en la unidad donde se encontraba Carlos; esto marcó un límite –que puede ser leído como dificultad- y fue derivado con otra psicóloga del DIS.

Respecto a la singularidad de un nombre y a la pregunta por el sujeto, desde el psicoanálisis podemos considerar que para existir es necesario un Otro que trasciende lo biológico de un nacimiento. Hablamos de un otro que aloja, inscribe y nombra. Freud teoriza que el auxilio ajeno de un adulto es necesario ante la indefensión de un niño, marcando de modo inaugural la actividad del psiquismo y la naturaleza alucinatoria del deseo. La “humanización” es un proceso al que se adviene, no es natural, sino a partir de otro(s) que introducen en la cultura con la palabra y el derecho.

El pedido de Carlos de realizar su DNI como su interés por alfabetizarse, marcan inscripciones que la institución no propicia. La singularidad de un nombre con la portación de su historia es opuesta a la masa-general del sistema penal, donde las personas que han cometido delitos en diversas situaciones de su vida y en contextos disimiles son reunidas y encerradas del mismo modo. Otra vez similar al campo de concentración, a la detención que abre a la arbitrariedad del poder y reduce al sujeto a un objeto, un dato objetivo, a un número.

Retomo los años que Carlos estuvo indocumentado y analfabeto, lo relaciono con la figura de Homo Sacer donde Agamben significa su sacralidad como opuesta a lo soberano. Es aquel que puede ser suprimido, eliminado, pero no de manera sacrificial. *“El homo sacer es eliminable pero insacristificable. Es suprimido o*

eliminado como pura vida biológica sin que esto constituya un homicidio".²⁹

Ante la pregunta ¿por qué Carlos no tuvo antes su DNI? se pueden abrir diferentes lecturas. ¿Se trata de responsabilidad individual? Quizás no exista una única respuesta, pero sí considero que juega un papel fundamental la historia vital, los avatares que tuvo la familia de Ricardo; una familia proveniente de la zona sur de Rosario. Familia que siguiendo a Castels, pertenece a una clase proletariada desarmada, clase trabajadora, clase peligrosa, con individuos negativos por no ser propietarios, sin soportes ni sistemas de protecciones colectivas, aislados y con falta de pertenencias; a diferencia del individuo positivo, el empresario autónomo y responsable, el burgués conquistador. Castels se pregunta, respecto a los primeros, “¿cómo podrán llegar a ser individuos en el sentido positivo de la palabra, adquirir un mínimo de autonomía y de tener cierto margen de maniobra?”³⁰ Como respuesta el autor hace referencia a la “propiedad social”:

“El individuo que no está dentro de la propiedad privada está incluido en la seguridad social y, una vez dentro de ella, puede estabilizar el presente y dominar el futuro: tiene un salario regular, protecciones, puede desarrollar estrategias individuales, incluso estrategias transgeneracionales, puede invertir en otros campos distintos a los del trabajo como educación, cultura, pasatiempos, etc, porque está liberado de la inmediatez de la necesidad”.³¹

A su vez, agrega Castels que la estrategia del liberalismo es considerar al individuo en sí mismo, ahistórico, “*dotado por él*

29 Agamben G., *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia, Editorial Pre-Textos, 2010.

30 Castels, R., *Las trampas de la exclusión social. Trabajo y utilidad social*, Buenos Aires, Topia Editorial, 2015, p. 46.

31 Op. cit. p. 46.

mismo de capacidad de iniciativa”³². Carlos sólo no pudo, fue posible su inscripción a partir de contar con otros que lo acompañen, sin referentes ni baño de ternura no es posible una emancipación.

A su vez, si se opera sólo desde el lado jurídico y se ofrece como única salida la rehabilitación y el tratamiento de la pena, no habría posibilidad para el sujeto de habitar un lugar diferente. Porque el encierro no cura, no resignifica, sino que aumenta las ilegalidades y las vulnerabilidades de las personas que se encuentran detenidas.

7. *Intervenciones desde la grupalidad*

La Psicología Forense tiene como fundamento la intervención a partir del modelo del “foro” primigenio en la administración de justicia y la resolución de conflictos, intervención que se realizaba a partir de actos comunitarios en la Plaza central de las ciudades de la antigua Roma, donde estaban los principales edificios públicos y se celebraban las reuniones políticas y los juicios. El concepto de Foro remite a:

“El espacio donde todas las personas van haciendo resonar en sí las palabras de la gente que acusa y su dolor, y la respuesta que va dando el discurso del acusado más la composición que surge de lo que dice cada uno de los que participan en ese acto. El efecto de resonancia despierta un grado de participación y un efecto de jurado. [...] El episodio fundante de la sanción, en principio en el acto del foro, es la escucha. [...] A mayor capacidad de participación, mayor capacidad de escucha y de percibir el “transfer”, mayor es la posibilidad de decir su propia palabra. Su propia palabra, como la de todos, va a estar siempre teñida con su subjetividad, es decir con su historia”.³³

32 Op. cit. p. 41.

33 Domínguez Lostaló, J., *El porqué de una Psicología “Forense”*, Ficha de Cáte-

El acto de juzgar realizado en forma comunitaria promueve la horizontalidad, la participación, el disenso y el consenso. En este sentido el trabajo comunitario es una apuesta que complementa el trabajo uno a uno. Es interesante que el psicoanálisis como herramienta en la cárcel contribuya a romper la encerrona que aparece cuando no hay tercero de apelación, cuando predomina la crueldad. Para Ulloa la crueldad es un dispositivo socio cultural y la encerrona trágica es una situación de dos lugares: víctima y victimario. Lo específico es el dolor psíquico que no tiene salida. En cambio, la ternura es una situación de tres lugares, hay un tercero de apelación. En este sentido Ulloa retoma a Freud: la ternura es la coartación, el acotamiento, la limitación, del fin último de la pulsión.

Siguiendo al autor, las formas clásicas reproducen cierta forma de encerrona trágica, es decir, existe un factor epidemiológico habitual en cualquier ámbito social donde juega lo establecido (instituido) y lo cambiante (instituyente), sobre todo cuando lo establecido asume la rigidez cultural propia de la mortificación, y coarta a los sujetos.

Como práctica instituyente considero que la grupalidad produce intervenciones clínicas en salud mental, generando el encuentro con lazos que permiten reducir los niveles de vulnerabilidad socio-penal. Domínguez Lostaló se refiere con vulnerabilidad socio-penal:

“Al grado de fragilidad social que las personas sufren derivadas del incumplimiento de sus derechos Humanos básicos, garantizados por la Constitución Nacional a todos los habitantes y que los expone a ser captados por el sistema penal en una doble condición de víctima y victimario”.³⁴

dra, Psicología Forense, UNLP, 2006.

34 Domínguez Lostaló, J., *Clase de posgrado: Carrera de Especialización en Psicología Forense*, Facultad de Psicología, UNR, noviembre de 2016.

Desde el DIS realizamos intervenciones a partir de la clínica individual o grupal, en ambos encuadres trabajamos con la singularidad, suponiendo un sujeto ni víctima ni victimario como reproduce la institución punitiva.

Una de las derivas como efecto de trabajar en la cárcel fue construir y sostener semanalmente un Dispositivo de escritura creativa que llamamos “Las bastardillas son nuestras”.

Leímos que la cárcel está habitada por múltiples escrituras, en las paredes, en los cuerpos, en las notas a las autoridades, entre otras marcas con diferentes letras y nombres con un llamado a trazar inscripciones que sean leídas. De eso va la invitación al espacio, construir marcas simbólicas que tengan destinatario y no sean borradas.

El inicio del espacio grupal consiste en entregar en vigilancia la lista con los nombres de quienes participan del taller. Preparamos el mate y vamos hacia la escuela. Mucho tiempo estuvimos en un salón llamado SUM, hasta que en el mismo día y horario empezó otro taller, entonces nos mudamos enterándonos que nadie de las autoridades sabía que llevábamos casi un año en ese lugar. Otra vez aparece la desmentida como lazo, el registro, pero sin inscripción simbólica.

La espacialidad es necesaria pero no determinante, el espacio se produce cada vez que nos encontramos con la incertidumbre de que algo los viernes puede arbitrariamente cambiar.

Nos disponemos a “esperar” a cada uno de quienes participan. Pasado un tiempo de reunirnos sabemos que si uno falta no es lo mismo, si alguien no viene aparece la pregunta, ¿y Franco por qué no vino? O surgen comentarios, “Maxi deja dicho que hoy no va a venir”. Hay un registro del otro, un otro valioso al que se le puede contar algo, un otro que no va a responder desde la crueldad (al menos en ese pequeño cubo de la institución monstruosa en la que estamos). Y también existe cierta responsabilidad con el espacio, ya que aparecen las palabras acompañando los actos.

Que el grupo se arme y empiece el encuentro no depende solo de nosotros, tampoco de la intensión de ellos en querer participar. Sino del traslado del pabellón a la escuela por parte de los celadores, terceridad arbitraria, propia de la lógica carcelaria. Ese trayecto no es de cualquier manera, sino que implica una “sujeción” a las esposas que atan las manos. Una vez sueltas, esas manos toman lápices y hojas, hacen marcas, toman mates y libros, también tocan la guitarra y toman vuelo.

Aclaremos que el dispositivo de escritura no promueve el aprendizaje de las técnicas lingüísticas, ni somos profesionales del arte literario. Sin embargo, hemos evidenciado producciones de gran impacto donde cada uno fue pudiendo soltarse al tomar el lápiz, intentando buscar diferentes formas de decir, intentando encontrar ese estilo personal que no se adquiere en la academia.

El estilo, como en otros ámbitos artísticos, resulta una creación propia a partir de marcas de otros. Hemos transitado lecturas de J. Cortázar, Saer, E. Galeano, Lispector, R. Walsh, (por nombrar algunos), donde cada autor representa un estilo que hace marca. Por eso las producciones no están sujetas a la ortografía ni al como se dice, sino a la importancia de que se diga, considerando que en las variaciones de las palabras y las puntuaciones está la voz propia.

Nos liberó desde el principio una consigna de Gianni Rodari que hicimos propia como regla fundamental para favorecer la expresividad: no hay errores o en todo caso “en todo error se halla la posibilidad de una historia”. Casi como un paralelismo con la premisa lacaniana que aclara que “la verdad surge de la equivocación”; esto es, en lo fallido emerge el sujeto. Esa fue la invitación.

Con todas las vicisitudes propias de la cárcel, la que como dije produce el borramiento de la singularidad, la regularidad de este espacio grupal promovió un registro del acontecimiento del encuentro. Este registro es sumamente importante en relación a ese otro tipo de registro propio de la institución en el que los empleados anotan cada movimiento que sucede, en papeles sueltos que rigen durante todo un día y que dejan de servir al día siguiente, para dar paso a una ficción que no repara en lo singular.

Retomo un analizador, una consigna que planteamos en uno de los encuentros, jugar con la palabra DIS. La actividad consistió en buscar palabras que empiecen con ese prefijo y armar historias. De allí surgieron producciones literarias valiosísimas. Luego, ofrecimos “inventar” palabras que empiecen con DIS. Por ejemplo, una que surgió fue DISCÁRCEL, definido como lugar de no encierro, con límites personales y otras características opuestas al lugar donde viven.

José expresó, “*la Discárcel sería un lugar para curar heridas*”. Este aporte tuvo resonancias, es una expresión asociada al concepto de vulnerabilidad.

“Vulnerabilidad significa herida. Refiere a la persona susceptible de ser dañada desde distintas formas; por ejemplo si no adquirió determinados hábitos va a ser expulsada de la escuela o la guardería (si tiene la suerte de poder llegar), la vulnerabilidad muestra al semejante en situación de ser herido o dañado por la exclusión, la marginación, por la Sanción circunstancial informal o por la formal”.³⁵

El lugar ficcional, [la Discarcel] implicaría reducir la vulnerabilidad y preparar para el egreso. José habló del concepto de cura, que significa: “*tratamiento que se sigue para curar o aliviar una enfermedad, una herida o un daño físico*”. Sobre éste evoco la idea de una clínica, (palabra que en su origen remite a cama, siguiendo el planteo, puede ser de quien tiene una herida). La clínica de la vulnerabilidad no prioriza el castigo de la persona privada de la libertad, sino la vulnerabilidad y su red de vínculos. Es importante considerar que la infancia y el tiempo de construcción de la subjetividad son los momentos de mayor vulnerabilidad.

35 Domínguez Lostaló, J., *Clase de posgrado: Carrera de Especialización en Psicología Forense ...* Op. cit.

“La clínica de la vulnerabilidad se basa en la necesidad de un grupo humano, institucional, comunitario, estatal (por ser co-responsable) que cubra sus demandas básicas durante los primeros años de vida (sobre todo) y durante su transcurrir como habitantes tiempo después”.³⁶

Nos encontramos con la necesidad de fortalecer los programas asistenciales y preventivos, también acompañando desde lugares de reconocimiento para que ese joven o adulto en conflicto con la ley que ha sido vulnerado en sus derechos humanos pueda acceder a otros lugares y así reducir los niveles de vulnerabilidad.

8. Identidad, un lugar para pensar el Sujeto

En varias oportunidades llamé a un paciente con su nombre y apellido –nombre que como mencioné, cada día presento a quién voy a atender de modo escrito en vigilancia; luego, que alguien asista “voluntariamente” en la cárcel depende del personal “disponible” que lleve al paciente hasta el consultorio del DIS- pero quien llega es otro con el mismo nombre y apellido. Para el contexto carcelario lo que los distingue es el número de pabellón, un rasgo que no deja de objetivar. La pregunta que se abre va por otra lógica ¿Qué es lo constitutivo de lo identitario? ¿Qué es el nombre propio? ¿Qué nos diferencia de otros? Preguntas que fui abriendo con la experiencia de este escrito y quedan abiertas para otros recorridos teóricos.

Brevemente ubico que para el psicoanálisis la constitución subjetiva proviene del Otro, remite al narcisismo, al investimento libidinal, a lo propio y a las identificaciones. El concepto de identificación implica el lazo social y el juego que se produce a partir de otros.

36 Domínguez Lostaló, J., *Clase de posgrado: Carrera de Especialización en Psicología Forense...* Op. cit.

En un grupo el sujeto comparte con los demás significantes ideales. Freud ubica dos masas particulares, la iglesia y el ejército; en ellas no existe la pregunta al sujeto sobre su voluntad de pertenecer a una masa de ese tipo y en ambas hay una estructura piramidal, es decir, un jefe que comanda. Siguiendo los planteos realizados, el jefe sería el director de la unidad penitenciaria y el siervo en el pabellón religioso; coexiste una ligazón entre los individuos y con el jefe. Dice Freud:

“La ligazón de cada individuo con Cristo es la causa de la ligazón que los une a todos. Algo parecido vale en el caso del ejército. Este se diferencia estructuralmente de la Iglesia por el hecho de que consiste en una jerarquía de tales masas. Cada capitán es en general el jefe y padre de su compañía, y cada suboficial, el de su sección”.³⁷

Continúa diciendo sobre las neurosis de guerra que contraía personal del ejército alemán, que es lícito afirmar que *el trato falto de amor* que el hombre común recibía de sus superiores se contó entre los motivos principales esas neurosis.

Desde otro lugar nos han hablado sobre Identidad, Memoria y Restitución las Abuelas de Plaza de mayo, allí donde las marcas de la historia han podido ser recuperadas por el arrasamiento que produce una apropiación.

“El concepto de identidad se asocia al de memoria, dado que el proceso de reconstrucción de la identidad está directamente ligado al de reconstrucción de la memoria siendo la filiación _que viene de filo amor_ un acto de creación amorosa que ha sido usurpado”.³⁸

37 Freud, S., “Psicología de las masas y análisis del yo”, en *Obras Completas, Vol. XXIII*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004, p. 90.

38 Kait, G., “Conexiones entre el Derecho y Psicoanálisis: el Derecho a la Identi-

En este sentido, con las temáticas planteadas que hacen al nombre propio y a un más allá de él, a la identidad y a los vínculos con otros, abro preguntas, retomando algunas ya planteadas: ¿Qué es posible a partir de intervenir con el discurso del psicoanálisis en la cárcel? Interrogante que insiste, ya que allí donde no existe una única praxis, sino que convive lo propio y lo diferente, las identidades también son necesarias para pensar las intervenciones de los psicólogos o psicoanalistas en la cárcel.

En este sentido, retomo los principios de La clínica de la vulnerabilidad ya que no prioriza el castigo de la persona privada de la libertad, sino su red de vínculos. Es una mirada diferente a las teorías que proponen una continuidad entre culpa, responsabilidad y castigo. Por ejemplo, dice Gerez Ambertín:

“Con la aplicación de la pena debe pretenderse que el autor del acto dé alguna significación del mismo, que subjetive su falta y recupere (no pierda) su lugar en el tejido social al que su acto ha dañado, pero también, recuperar eso de su propia subjetividad que quedó dañada por el acto delictivo”.³⁹

En este sentido, aporta claridad César Góonzález⁴⁰ cuando habla de su experiencia con profesionales psicólogas/os, tomando un posicionamiento crítico con la disciplina en general, si bien dice que fue una profesional en particular quien le dijo que “más que escribir poesía aprenda a trabajar”; es crítico también por el lugar fundamental que en la cárcel ocupan para los informes que influyen respecto a si una persona puede o no salir a la sociedad. Ese es otro

dad”, en *Psicoanálisis, Identidad y Transmisión*, Buenos Aires, Abuelas de Plaza de Mayo, 2009, p. 64.

39 Gerez Ambertín, M., *Culpa, responsabilidad y castigo. En el discurso jurídico y psicoanalítico*, Buenos Aires, Letra viva, 2014, p. 34.

40 Poeta y cineasta que vivió en instituciones de encierro varios años, de su experiencia hizo arte.

tema sobre el cual los y las colegas que trabajan desde los EARS, Ministerio de Seguridad, han producido reflexiones y escritos⁴¹.

Dice César Gonzáles:

“...escucho al psicólogo retarme por ser sincero
lo que me trajo un severo castigo
me obliga a ser albañil u obrero
algo que él jamás sería
él se ofendió
yo seguí preso [...]
busqué bien en la cabeza y encontré
un lugar que los psicólogos
no me habían dicho que existía
la imaginación
y me di cuenta que yo podía imaginar mi destino
que podía ser mi juez abogado y fiscal
ser mi psicólogo y paciente
y yo considerar cuando estoy apto
para salir a la sociedad”⁴²

9. Algunas reflexiones finales para seguir abriendo la pregunta por el sujeto en la cárcel

Este escrito ha sido producto de reflexiones sobre la práctica como psicóloga en un Dispositivo de salud en la Unidad Penitenciaria N°6 de Rosario. Práctica que se erige desde los Derechos Humanos y con el discurso del psicoanálisis en contextos de encie-

41 Cf. Borra, V., Umanky, R., *Acompañar en los bordes. Una mirada sobre las actuales políticas públicas en la prisión*. Ver supra.

42 Gonzáles, C., “El negro rengo y la repsicología”, en *Crónica de una libertad condicional*, Buenos Aires, Ediciones Continente, 2014, p. 15.

ro. Resulta necesario abrir la pregunta por el sujeto en la cárcel, desde qué lugar es posible posicionarse con prácticas contrahegemónicas y desde qué intervenciones generar vínculos que incluyan la ternura para no promover el desamparo, el castigo y la individualización. También considero que debemos incluir la pregunta por el sujeto trabajada en la cárcel como parte de la comunidad afectada por la desmentida del lazo social que re-produce la cárcel.

Si analizar es uno de los imposibles Freudianos, más aún lo es en el encierro. La apuesta es al sujeto desde el dispositivo de escucha en tanto espacio clínico donde se construyen ficciones como expresión singular de un decir.

Una posición es retomar los principios del foro, el modelo comunitario originario de resolución de conflicto a través de la horizontalidad. Asimismo, construir desde el eje de la vulnerabilidad del sujeto y sus redes vinculares, es decir hacia el territorio, la historia del sujeto -más allá del nombre- y la del lugar dónde va a regresar.

Es importante ampliar las prácticas, como decía Freud, sin oposición entre psicología individual y psicología social. Los modelos de grupalidad generan efectos de participación y lazos que contribuyen a reducir daños que el sujeto ha vivido, los cuales también reproduce la institución.

Como hipótesis se arribó a que el borramiento de lo singular es efecto de la desmentida que la institución carcelaria reproduce sobre los nombres. Ubicando en el momento de la entrada, ese momento donde el nombre propio es registrado, pero al mismo tiempo borrado sin dejar inscripción. Como también sucede con los innumerables escritos que hacen los internos por diferentes pedidos, saber sobre su causa, sus salidas, etc.

La posición que como integrante del dispositivo de la Unidad 6 sostengo, es generar registros que rompan la homogeneidad e instauren una marca singular de cada sujeto que habita la institución. De esta manera considero que podemos trabajar en y con comunidades, contribuyendo a reducir la vulnerabilidad o realizar procesos de des-victimización.

Quedarnos solamente a esperar pacientes en el consultorio de la cárcel es una ilusión. Es un modelo desfasado que replica la crueldad con la que ya han sido enfrentadas las personas que llegaron al sistema penal.

Los profesionales también nos vemos atravesados por violencias del Estado en tanto los equipos son escasos -en relación a los recursos humanos y sobre las alternativas para ofrecer en el afuera-, no obstante, de modo artesanal, intervenimos a partir de ubicar qué es lo posible con cada sujeto y ponemos en marcha el contacto con otros (psiquiatras, abogados, centros de salud, instituciones que tengas talleres y cursos, etc.) con los que construimos redes.

Las intervenciones en el campo penal dependerán de políticas de estado, las que incrementen el número de personas que habiten las cárceles o las que contribuyan a la vida en comunidad. La maquinaria neoliberal re-produce pobres y los encierra excluidos de la sociedad en oposición a los paradigmas de derechos humanos que construyen políticas inclusivas del Estado.

Para finalizar cito a Mandela, una cita que abre reflexiones y puede ser tomada como motor de nuestras prácticas:

“Como la esclavitud y el apartheid, la pobreza no es natural. Es creada por el hombre y puede superarse y erradicarse mediante acciones de los seres humanos. Y erradicar la pobreza no es un gesto de caridad. Es un acto de justicia. Se trata de proteger un derecho humano fundamental, el derecho a la dignidad y a una vida digna. Mientras haya pobreza, no habrá verdadera libertad”.⁴³

43 Discurso de Nelson Mandela en la campaña ‘*Hagamos que la pobreza sea historia*’, pronunciado el 3 de febrero de 2005.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN G., *Estado de Excepción. Homo sacer II, 1*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo Editora, 2010.

AGAMBEN G., *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia, Editorial Pre-Textos, 2010.

CASTELS, R., *Las trampas de la exclusión social. Trabajo y utilidad social*, Buenos Aires, Topia Editorial, 2015.

DELEUZE, G., *Michel Foucault, filósofo*, Buenos Aires, Gedisa, 2009.

DOMÍNGUEZ LOSTALÓ, J., *Clase de posgrado: Carrera de Especialización en Psicología Forense*, Facultad de Psicología, UNR, noviembre de 2016.

DOMÍNGUEZ LOSTALÓ, J., *Clase de posgrado: Carrera de Especialización en Psicología Forense*, Facultad de Psicología, UNR, agosto de 2016.

DOMÍNGUEZ LOSTALÓ, J., DI NELLA, Y., *¿Es necesario encerrar? El derecho a vivir en comunidad*, La Plata, Cuaderno del Caleuche, Facultad de Humanidades U.N.L.P, 1996.

DOMÍNGUEZ LOSTALÓ, J., *El porqué de una Psicología "Forense"*, Ficha de Cátedra, Psicología Forense, UNLP, 2006.

FARAONE, S., "Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe.", en *Revista Delito y Sociedad*, Buenos Aire, vol. 2, N.º 40, 2015.

FOUCAULT, M., *Las redes del poder*, Buenos Aires, Libros Prometeo, 2014.

FREUD, S., "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos", en *Obras Completas*, tomo XIX, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004.

FREUD, S., "Esquema del Psicoanálisis", en *Obras Completas*, tomo XXIII, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004.

FREUD, S., "La escisión del yo en el proceso defensivo", en *Obras Completas*, tomo XXIII, Buenos Aires, Amorrortu editores, 2004.

FREUD, S., “La Negación”, en *Obras Completas*, tomo XIX, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004.

FREUD, S., “Psicología de las masas y análisis del yo”, en *Obras Completas*, tomo XXIII, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004.

GEREZ AMBERTÍN, M., *Culpa, responsabilidad y castigo. En el discurso jurídico y psicoanalítico*, Buenos Aires, Letra viva, 2014.

GOFFMAN, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2012.

GONZÁLES, C., “El negro rengo y la repsicología”, en *Crónica de una libertad condicional*, Buenos Aires, Ediciones Continente, 2014.

KAIT, G., “Conexiones entre el Derecho y Psicoanálisis: el Derecho a la Identidad”, en *Psicoanálisis, Identidad y Transmisión*, Buenos Aires, Abuelas de Plaza de Mayo, 2009.

LEVI, P., *Trilogía de Auschwitz*, Barcelona, Editorial Océano, 2005.

MANCHADO M., *Las insumisiones carcelarias*, Rosario, Rio Ancho Ediciones, 2015.

MANCHADO M., “Las Prosperidades Restauradoras: el Papel de las Narrativas Pentecostales en las Estrategias de Gobierno del Sistema Carcelario Argentino”, en *Revista Scielo*, Vol. 60, N.º1, 2017.

OÑATIVIA X., DI NELLA, Y., *Derechos Humanos y Psicología Forense: De un imperativo Ético a un dispositivo técnico*, Ficha de Cátedra, Psicología Forense UNLP.

RODRIGUÉ, E., *Biografía de una comunidad terapéutica*, Buenos Aires, Editorial Eudeba, 1965.

STOLKINER, A., *Interdisciplina y salud mental*, IX Jornadas nacionales de salud mental, I jornadas provinciales de psicología salud mental y mundialización: Estrategias posibles en la argentina de hoy, Posadas, 7 y 8 de octubre 2005.

VALERO, A., SILVIA F, “Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en la salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe.”, en *Revista Delito y Sociedad*, Buenos Aires, vol. 1, N.º 31, 2011.

Espacio, tiempo y espera en un Centro de Salud

Reflexiones acerca de una práctica posible y sus dificultades

PSIC. CECILIA VESCOVO*

I - Construir experiencia

Comienzo a trabajar en el Centro de Salud nro. 11 Villa Corrientes de la ciudad de Rosario¹ a principios del 2009. Mi ingreso se enmarcó en lo que se llamó *Clínica de la Subjetividad en Atención Primaria* de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe².

Siete años después, la convocatoria a escribir la propia experiencia me interpela. ¿Cómo escribir una experiencia?, ¿sobre qué escribir?, ¿qué experiencia transmitir? ¿Qué recorte hacer después de tantos años?

1 Dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

2 Clínica ampliada que se orientaba al “abordaje del padecimiento psíquico de manera oportuna y eficaz a través de estrategias específicas que van desde la participación comunitaria, grupos de contención y acompañamiento en situaciones de crisis, acompañamientos terapéuticos, internación domiciliaria, abordajes familiares, tratamientos individuales ambulatorios, etc.”, tal como se lee en la Reglamentación de la Ley Provincial de Salud Mental 10772, Ministerio de Salud Gobierno de Santa Fe, 2007.

* CECILIA VESCOVO: Psicóloga, UNR. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Formación psicoanalítica. Psicóloga en el Centro de Salud Villa Corrientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe

Escribir ya es toda una experiencia y si se trata de una práctica es, a su vez, re-elaboración y registro. Produce sus propios efectos, apela a una terceridad, y es alejarse de la escena y del cuadro, tomar distancia. Es tiempo y espacio. Es la apuesta a dialogar con la experiencia al mismo tiempo que ésta se constituye como tal a través de su escritura posibilitando una transmisión. Mi apuesta a escribir, desde ese ‘montón’ de años, intervenciones, análisis, dificultades, creaciones, actos y acontecimientos (por ejemplo y etcétera), es transmitir un modo de *estar psicoanalista*³ en una institución de salud. Un estar psicoanalista en el consultorio, en la cocina, en el consultorio de pediatría, en la sala de espera o la vereda.

¿Cuál será la posición analítica en una institución de salud? ¿Cómo pensar la clínica allí? ¿Por qué construimos diferentes dispositivos clínicos? ¿Para quienes?

Estas preguntas convocaron una escritura particular, que sobrevuela y parece que no logra aterrizar en un tema puntual. Se trata de un recorrido – como la experiencia misma – por los espacios del Centro de Salud y sus metáforas; por su producción de sentido, por lo que éstos dificultan y también posibilitan. *Un recorrido por la Arquitectura⁴ de una práctica clínica a través de la experiencia de la construcción de determinados dispositivos de alojamiento.*

3 Como transmite Fernando Ulloa en sus clases y escritos que prefiere hablar de un *estar psicoanalista* en lugar de *ser psicoanalista*.

4 Entiendo por Arquitectura a aquella actividad que humaniza el espacio y por lo tanto trata sobre esta humanización. Como escriben Lewkowicz y Sztulwark: “*La apropiación espacial que humaniza el espacio lo constituye como espacio de sentido*”, “*El espacio de la Arquitectura es el espacio de sentido*”. Lewkowicz I., Sztulwark, P., *Arquitectura plus de sentido*, Buenos Aires, Editorial Altamira, 2003, p. 52.

II - *Espacio exterior. Geografías de una “villa” en el centro de Rosario*

Hablar de espacio exterior, en principio, ya da cuenta de otro espacio para el cual éste resulta exterior. Algo demarca un adentro y un afuera. Ese adentro, en este caso, sería el *Centro de Salud Nro. 11, Villa Corrientes* de la ciudad de Rosario, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Y se emplaza en una zona determinada, apenas pasando el distrito centro de Rosario hacia el sur, en Amenábar entre Entre Ríos y Corrientes. Desde allí: *¿Cómo caracterizar un barrio? ¿Qué puede tener éste de particular? ¿Cómo se vincula con el Centro de Salud? ¿El Centro de Salud es parte del barrio o se vincula desde una exterioridad en un interior que no termina de ahuecarse lo suficiente?*

Describiré brevemente lo que he podido escuchar y leer de la población con la que el Centro de Salud trabaja. Entiendo que mi recorte es parcial y no se trata de una investigación con los requerimientos del caso, sino un análisis y una lectura que, como tales, son subjetivos y se relacionan con la experiencia personal transitada.

El barrio es conocido aún hoy por la nominación de “Villa La Lata”, llamada así desde sus orígenes en función de las chapas⁵ con las que sus casas eran construidas hace aproximadamente sesenta años, cuando comenzó en lo que eran márgenes de la ciudad. Con el crecimiento de la urbanización la villa pasó a ser incluida o “abrazada”⁶ por la ciudad que crecía. Está ampliamente conecta-

5 Cuenta hoy un vecino que vino desde muy pequeño a vivir al barrio que en aquel entonces pasaban las vías del ferrocarril entre donde hoy encontramos calles Rueda y Amenábar; y que había una casa construida con latas exactamente en la zona donde hoy intersecan Amenábar y Paraguay. En ese momento para poder ubicar la zona de quienes estaban viviendo allí hacían referencia a la casa “de lata”

6 Cornero, S., Biasatti, R., “Arte Callejero, Rescate de Imágenes y Transformación urbana en La Lata, Rosario” en *9nas Jornadas Rosarinas de Antropología So-*

da por el transporte público con diferentes puntos de la ciudad y su histórica cercanía geográfica a grandes Hospitales de la ciudad no sólo le permitió rápido acceso a las guardias médicas sino que también le dio un nombre: Barrio Hospitales. O mejor dicho Barrio España y Hospitales. ¿Y en el medio entonces? Entre la calle España y los Hospitales... ¿está la Villa La Lata?

Esta cuestión de la nominación del barrio está presente actualmente y es una deuda sin saldar. Y en esta cuestión está lo interesante. Si hay deuda, hay transmisión, hay lazo filiatorio. Los jóvenes aún hoy buscan en “la lata” un rasgo identificador que los reconozca como siendo parte, al mismo tiempo que los diferencia con los “de Moreno”⁷, por ejemplo; en los perfiles de las redes sociales puede leerse “La lata” a continuación del nombre. ¿Un intento de las nuevas generaciones de recuperar una historia y a la vez nombrarse en ella? En los adultos, en cambio, no ocurre lo mismo. Ellos prefieren en su mayoría desterrar esa nominación y referenciarse al Barrio Hospitales o Barrio Corrientes. Esto debido a que aún hoy decir “la lata” es sinónimo de delincuencia e inseguridad – para el resto de la sociedad – y esta connotación peyorativa podría perjudicar a aquel que va a buscar trabajo a otro barrio o al centro de la ciudad, según cuentan. La lata es un significante. Y en el quiebre generacional hay conflicto. No parece posible nombrarse en una historia común.

La denominación de *Barrio Corrientes* surge a partir de la intervención del *Programa Plan Hábitat* desde el Servicio Público de la Vivienda con su “proyecto corrientes” entre los años

cial, Universidad Nacional de Rosario, URL, http://www.academia.edu/22682605/Arte_Callejero_Rescate_de_Im%C3%A1genes_y_Transformaci%C3%B3n_urbana_en.

7 Villa Moreno es el nombre del barrio contiguo ubicado en las cercanías de calle Moreno y Quintana. Históricamente los jóvenes y adolescentes de “la lata” no podían atravesar el límite geográfico y arbitrariamente impuesto en el Bv. Seguí, sin consecuencias; y viceversa. Bv. Seguí continúa siendo hoy un límite importante para el barrio; no así en las otras márgenes.

2004/2007. Este proyecto de reurbanización implicó modificar los pasillos, sinuosos y angostos, que atravesaban las manzanas enteras, por pasillos más cortos, rectos y perpendiculares a la calle, permitiendo mayor circulación y accesibilidad e intentando disminuir las condiciones que favorecían a la inseguridad. Las acciones que el Programa Rosario Hábitat preveía se completaron con la regularización de los terrenos y la entrega de las correspondientes escrituras, convirtiéndose así en “*propietarios de los inmuebles que habitan*”⁸. De la lata entonces quedó solo el nombre, ese rasgo identificador que permite algún orden filiatorio sobre todo a los jóvenes y adolescentes. Pero de lata ya no queda ninguna casa.

Los que viven en el barrio en su mayoría cuentan con su casa construida de material, aunque exista hoy mayor precariedad y hacinamiento. Diez años después de aquella importante intervención en la villa más céntrica y problemática de la ciudad, podemos ver cómo el poco espacio para construir nuevas viviendas al mismo tiempo que el aumento de integrantes por grupo familiar conviviente, contribuye al incremento del hacinamiento y condiciones habitacionales (pequeños basurales al frente o fondo de la casa, roedores) que inciden notablemente en la salud de la población. Muchas familias construyen una nueva habitación en el patio para esa hija o hijo que ya tiene su pareja e hijos, por ejemplo. Y así queda tapada, quizás, la única ventana que permitía mantener la casa ventilada y con luz natural, situación favorable para la propagación de enfermedades, como la tuberculosis, por ejemplo⁹. Las problemáticas familiares en relación a la vivienda se incrementan y cronifican. Parejas convivientes que no pueden separarse por no contar con una vivienda alternativa para poder hacer efectiva una decisión; pareja con hasta seis hijos durmiendo en una pequeña habitación de 4 x 4 en la que muchas veces también está la cocina;

8 Cf. <http://www.sinmordaza.com/noticia/180713-entregan-escrituras-a-beneficiarios-de-barrio-corrientes.html>

9 Se ha ido incrementando el número de pacientes con TBC en los últimos años.

problemáticas con los abuelos dueños de la propiedad en la que se ha instalado la nueva pareja con los nietos... todo esto en una infinidad de combinaciones, poniendo de relieve que la problemática habitacional no sólo pone en tensión las condiciones de salud en términos biológicos sino también en el aspecto socio subjetivo.

La mayoría de las familias que asiste con mayor frecuencia al Centro de Salud cuenta con el derecho a la Asignación Universal por Hijo. Es más habitual que el padre trabaje fuera y la madre joven dentro de la casa, en los quehaceres domésticos y crianza de los hijos pequeños. Cuando estos hijos crecen la mayoría de las madres sale a trabajar, generalmente como empleada doméstica, o comienza algún oficio o emprendimiento (peluquería, gastronomía, costura, entre otros). Los varones se insertan en la construcción principalmente (de manera estable o al modo de changas).

La ubicación geográfica le ofrece a la población que se referencia al Centro de Salud un número importante de instituciones educativas de nivel primario¹⁰. No ocurre lo mismo con los otros niveles. Un alto porcentaje de la población abandonó sus estudios¹¹ y actualmente encontramos una gran cantidad de inscriptos tanto en el aula radial de escuela primaria como en el EEMPA para adultos que funcionan desde hace poco tiempo en la renovada Capilla del barrio.

Para la atención en salud, en el barrio conviven quienes tienen el recurso que les brindan las obras sociales como aquellos para quienes lo público es el único recurso. A su vez, al Centro de Salud acceden tanto personas que viven en el barrio como en zonas alejadas al mismo. Esto implica el permanente aumento del número

10 Hay tres escuelas cuyo radio incluye el barrio del Centro de Salud, a las que se le suman cuatro escuelas más a las que niñas y niños acceden fácilmente, aunque se encuentren sobre los límites del barrio.

11 Según una investigación realizada por integrantes de la Asociación Civil Barrio Corrientes (“Diagnóstico Programa Vínculos 2015 Barrio Corrientes”), el 56,30% de los encuestados abandonó sus estudios.

de historias clínicas debido a la adscripción de nuevos pacientes al Centro de Salud, fundamentalmente de quienes ya no cuentan con la obra social o se les dificulta acceder a sanatorios o afrontar los co-seguros y compras de medicamentos. Las mujeres son las que más frecuentan el Centro de Salud. Cuando dejan de ser niñas, en general, son llevadas por sus madres a ginecología y casi sin tiempo entre un momento y otro comienzan a hacer uso de métodos anticonceptivos (esto asociado más al desarrollo hormonal a partir de la menarca que al inicio de las relaciones de pareja o la actividad sexual). Retirar del Centro de Salud el anticonceptivo mensualmente, la realización del Papanicolau de manera anual, y la maternidad (los controles de embarazo seguido luego de los controles de ese niño o niña), ubican a la mujer como la que mayor continuidad y presencia tiene en los efectores de salud a lo largo de su vida.

Con los varones pasa otra cosa cuando dejan de ir al pediatra: la adolescencia y la juventud generalmente los aleja de los efectores de salud, con excepción de las guardias en los Hospitales y las prácticas de enfermería en los centros de salud, por ejemplo en los casos de accidentes, heridas producto de enfrentamientos violentos o robos; es decir, en la urgencia. Por otro lado, los horarios laborales de muchos de los varones padres no les permiten ser partícipes, junto con la madre, del momento de la consulta con el pediatra de sus hijos. *La salud de las hijas y de los hijos, generalmente, parece pertenecer al territorio femenino.* Tal es así que muchas veces puede verse a los padres, que ocasionalmente no han ido a trabajar, esperando afuera, no sólo en la sala de espera, sino más frecuentemente en la vereda, cuando la mujer e hijos están en la consulta al pediatra.

En relación a la edad, existe en el barrio una población importante de personas mayores de 60 años que requiere intervención de salud ante la presencia de enfermedades crónicas o lesiones traumatológicas, dificultado e invalidando muchas veces la continuidad laboral. Respecto de los jóvenes, nos encontramos con un

importante número de entre 15 y 30 años que han abandonado o nunca empezaron sus estudios secundarios y se encuentran por fuera de todo circuito laboral. Los jóvenes comienzan a estar en conflicto con la ley penal¹², y las jóvenes mujeres iniciándose en la maternidad.

III – Construcción de recorte de una problemática que interpela

Me interesa mencionar aquello que con mayor frecuencia conmueve a los equipos de salud y a todas las instituciones en general, aquello que nos interpela permanentemente: Por un lado, lo que hace al *lazo* entre los *sujetos* y con las *instituciones* (teniendo en cuenta las condiciones subjetivas del lazo que conduce a confiar, y las condiciones de posibilidad para alojar al otro desde las instituciones); Por otro lado – pero en íntima vinculación con lo anterior – las problemáticas que atraviesan nuestras *infancias*.

La vulnerabilidad, la segregación, el desamparo, la marginalidad, condicionan nuestras prácticas. Nos encontramos con violencias, enfermedades crónicas agravadas por el descuido, precarización laboral, desempleo y desocupación, consumos problemáticos, muertes violentas, alcoholismo, discapacidad, analfabetismo, embarazo en adolescentes, precariedad habitacional, circuitos delictivos o privación de la libertad, entre otros. La vulnerabilidad entonces no puede no estar ligada a la exclusión. Los excluidos de siempre. Excluidos del sistema de derechos: del derecho a la salud, a la educación, al trabajo y a una vivienda digna. La vida parece poco valiosa para cuidarla.

12 No existen actualmente números estadísticos concretos y actuales, pero sí es posible identificar la presencia de al menos un integrante varón en cada familia de las más vulnerables con antecedentes, causas o situación actual de privación de la libertad. En general no son quienes demandan espontáneamente atención en el Centro de Salud. Sabemos de ellos a través de sus madres, hermanas o actuales parejas, que comienzan a asistir al Centro de Salud a partir de su primer embarazo.

Solemos denominar como *casos complejos* estas situaciones que ponen en tensión los límites de las intervenciones no sólo de un Centro de Salud. Son situaciones que por su extrema vulnerabilidad social requieren de respuesta e intervenciones articuladas entre diferentes sectores y ministerios, pero es generalmente Salud, a través de los centros de atención primaria en donde más impacta debido a la cercanía territorial sostenida en el tiempo. El equipo de salud suele urgenciarse no en las situaciones propiamente de urgencia y emergencia sino en aquellas que se vuelven crónicas, en las que el ideal de cura se ve interpelado cuando las intervenciones y estrategias ‘parecen’ fracasar y caer en saco roto o en los agujeros de la red¹³.

¿Por qué llamarlos ‘casos complejos’? ¿No es acaso siempre complejo el lazo con el otro? En las situaciones que solemos llamar ‘complejas’ nos encontramos con un modo de lazo que podemos describir como ambivalente o espasmódico. En esos casos en los que nos escuchamos repetir, con esa sensación de impotencia, que la estrategia planificada ha fracasado. Ahí nos habla la institución, o hablamos desde el ideal, desde la norma, desde lo que no encaja. Entonces lo ‘complejo’ del ‘caso’ sería el lazo y en su relación con la institución, en tanto interpela los supuestos, las teorías, las herramientas de abordaje. Creo ahora, mientras escribo, que lo complejo nos convoca a crear, a inventar nuevas. Sin embargo, y sólo a partir de ubicar nuestros propios obstáculos, los límites de lo posible, es que podemos afirmar que, espasmódico o no, un modo de lazo para esta situación fue posible; algo de la institución permitió ese despliegue. Y así, de a saltos y sobresaltos, entre marchas y contramarchas, un equipo – como puede y rebuscándose – acompaña muchos años de la vida del otro, acompaña ese modo de estar en la vida con el correr de los años también.

13 Se denominada Red en salud al funcionamiento articulado de diferentes efectores (centros de salud, hospitales) que se dividen en tres niveles de atención según su complejidad.

Por lo tanto, nos encontramos aquí con aquello que vincula lo llamado ‘complejo’ de un caso – yo preferiría llamar ‘lazo complejo’ – con la posibilidad o no de *alojamiento* que una institución y sus prácticas propicien. Cuando decimos que alguien no encuentra lugar en el otro – quizás nunca lo tuvo – podemos referirnos tanto a las situaciones que no llegan al Centro de Salud, los que no demandan (como lo describía anteriormente respecto de los jóvenes fundamentalmente), como también cuando nos encontramos con aquellos que piden todo, todo el tiempo¹⁴.

Describir y enumerar la cantidad de instituciones que están dentro de ciertos límites geográficos poco nos dice de sus posibilidades de alojamiento para con los que allí habitan y circulan. ¿Qué entendemos por alojamiento? Alojar a otro no es abrirle la puerta. Aunque esto no signifique poco. Admitir a alguien, en un espacio determinado, no garantiza que se lo aloje. Por esto también es preciso interrogarnos por nuestras propias prácticas y las condiciones de posibilidad para el alojamiento de un sujeto. Hacerle lugar al otro será hacerle lugar en tanto sujeto. Esto me lleva a pensar en el lugar al que puede venir un hijo en contextos de extrema vulnerabilidad.

Por eso decimos que nos encontramos ante otra problemática que nos preocupa y ocupa cotidianamente: una *infancia amenazada*. Muchas de las consultas que llegan a demandar la intervención de Psicología tienen por protagonistas a los niños y niñas. La mayoría de estas consultas son por derivación de las Escuelas primarias por los problemas de conducta o dificultades en relación al aprendizaje. Otras consultas provienen de pediatras o fonoaudiólogos por dificultades en el desarrollo, sobre todo en lo que al lenguaje y el habla respecta.

14 Ante estas situaciones es común escuchar que el equipo se refiera a ellos del siguiente modo: “vienen a pedir como si fuera un quiosco”. En alusión también a cierto modo de pedir – muchas veces explícitamente – que incluye el: “ya que estoy acá te pido...”.

Tras ese primer motivo de consulta luego escuchamos y nos encontramos, por ejemplo, con niños y niñas sin tiempos ni espacios. Comen cuando quieren y cuando pueden, si es que comen; duermen cuando quieren y pueden, en donde quieren y pueden, si es que duermen. Niños y niñas sin tiempos ni espacios, en el medio del ring de una eterna pelea entre adultos. Pelea que poco comprenden o de la que muchas veces son parte y toman partido o quedan como rehenes de situaciones conflictivas y judicializadas. Presencian cotidianamente escenas que los adultos protagonizan. Los padres, tíos y abuelos se pelean, maltratan y agreden con altísimos niveles de violencia y en diferentes contextos; los adultos (que comenzaron en la adolescencia, pero hoy ya son padres) consumen drogas y alcohol en exceso y diariamente; los adultos no saben qué hacer y educan y crían también a los golpes.

Niños y niñas que pasan su tiempo de infancia en hogares como consecuencia de la “medida excepcional”¹⁵. Ellos también participan de estas escenas de conflictos en las que los adultos no saben qué hacer y donde el Estado muchas veces tampoco parece saber qué hacer con ellos. Entonces van y vienen, se escapan, aprenden a construir relatos y actuaciones para conseguir tal o cual cosa, se las ingenian para sobrevivir al encierro de una institución total.

Y así llegan al consultorio nuestros niños y niñas derivados por adultos que detectan – en el mejor de los casos – que algo allí les está pasando. Es decir, todo un sufrimiento subjetivo como consecuencia de la vulneración de derechos. Pero también está amenazada nuestra infancia cuando registramos el aumento de la patologización de tal sufrimiento y su consecuente medicalización.

15 La medida excepcional es aquella que la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes prevé cuando para proteger al niño, niña o adolescente de una situación de vulneración de algún derecho, se debe tomar como medida la distancia de lo que denominan su “centro de vida”. Es “excepcional” porque debe tratarse de una última medida de protección de derecho cuando las anteriores hayan fracasado y se hubieran agotado.

Niños y niñas, solos y solas, niños y niñas en instituciones, niños y niñas medicado/as, niños y niñas violento/as.

Por esto hablar de infancia no es hablar de niñez. *La infancia es ese espacio/tiempo que entendemos como ‘de espera’ en relación a la adultez.* No hay infancia en un niño si este no cuenta con otro, con otro que lo sostenga, que le dé tiempo y lugar. No hay infancia sin adultos responsables que alojen ese espacio/tiempo. Pero la pregunta obligada entonces es: ¿con qué adulto nos encontramos cuando ha fracasado la ternura?¹⁶

Para que un adulto pueda sostener a un hijo él también debería reconocerse como sujeto deseante, transmisor de una cultura por un lado y al mismo tiempo siendo alguien para otro, tener un lugar en el mundo. De lo contrario nos encontramos –como diría Robert Castel– con los desafiliados,¹⁷ cuando se conjuga “*la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional*”.¹⁸ Por lo tanto, pensar de qué modo intervenimos, con qué herramientas contamos en contextos institucionales y colectivos, en una dirección que no sólo permita que se reconstruya o evite la ruptura del lazo societario sino también que le dé lugar al adulto, será también generar esas condiciones de posibilidad para la infancia.

16 La ternura parental, nos enseña Ulloa, se sostiene en dos habilidades que le son propias: la empatía, como aquello que permite garantizar el suministro adecuado al niño, y el miramiento, que es “*mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo*”, “*es germen inicial y garantía de autonomía futura del infante.*” La mediación de la ternura crea confianza en el niño y habilitaría “*el desarrollo paulatino de la conciencia acerca de que él mismo puede ser causa externa de sufrimiento para el otro.*” Ulloa F., *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2011, p. 122-123.

17 Robert Castel prefiere hablar de ‘*desafiliación*’ en lugar de ‘*exclusión*’ cuando se trata de una forma de disociación del vínculo social. Castell, R., “Los desafiliados: precariedad del trabajo y vulnerabilidad relacional”, en *Revista Topía*, año 1, N.º III, Buenos Aires, 1991.

18 Castel, R., *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Buenos Aires, Paidós, 1997.

IV – Croquis de un Centro de Salud. Espacios de práctica en la casa chorizo

PUERTA CANCEL. LA ALARMA

Toda institución tiene una *historia*. La historia *del Centro de Salud*, relatada por sus actuales integrantes, se remonta al año 1988/89 cuando los agentes sanitarios recorrían el barrio y derivaban al Centro de Salud más cercano para su referencia y atención, hasta que en el año 1990 se instala en el barrio un *carrito sanitario* sobre calle Corrientes. Después de cinco o seis años se alquila una casa y años más tarde se alquilaría la casa en la que funciona actualmente por calle Amenábar al 1300. Una auténtica ‘*casa chorizo*’.

Antes de ingresar escucho palabras precautorias. ¿Una alarma? “Es un centro complicado”, “es un equipo complicado”, me habían dicho cuando comencé y lo oí repetir con cada nuevo ingresante. ¿A qué se referirán con ‘complicado’?, me preguntaba. El recibimiento de mis compañeros de trabajo fue bastante cálido. Un equipo chico, un Centro de Salud con características de casa familiar (¿familiar?) ... porque básicamente se trata de una casa con el patio a un lateral y las habitaciones una al lado de la otra del otro costado, con el baño en el medio y la cocina al fondo. Los consultorios y enfermería lógicamente se instalaron en las habitaciones de la casa. ¿Pero la administración?, ¿la farmacia?, ¿el depósito?, ¿hay sala de reuniones?, ¿y la sala de espera? Complicado, o mejor dicho complejo, es organizar modos de trabajo y procesos de atención en una casa de familia abierta como Centro de Salud. Complicado, o mejor dicho dificultoso, es delimitar funciones, espacios, lugares, rincones de confianza, cuando los pasillos se angostan y no hay distancia posible para una discusión o cuando todo – como las habitaciones en serie – parece intercomunicado, cuando se puede pasar tan rápidamente del aislamiento al amontonamiento.

En un primer momento (hace varios años ya) en la cocina estaba administración. Un pequeño escritorio con la computadora la

separaba del largo pasillo devenido en sala de espera del Centro de Salud. Aquel que necesitaba un turno se acercaba hasta el escritorio. También se entregaba la medicación allí ya que la ‘farmacia’ se encontraba en aquella habitación tipo depósito que se encontraba al lado de la cocina y que no tenía ninguna ventilación o luz natural. Ahí nuestros objetos personales también, camperas bolsos, y carteras.

Con el correr del tiempo la distribución de estos espacios se fueron modificando, y aún hoy insisten nuevos intentos. Se visibilizan en esta distribución espacial algunos analizadores para pensar los procesos de atención y las conformaciones del equipo; y se redistribuyen los espacios. Una habitación semi techada (seguramente fue patio dada una escalera anulada que aparentemente llevaría a la terraza), contigua a enfermería y utilizada entonces como depósito también, se acondicionó para administración y farmacia, intentando de este modo sectorizar los espacios y funciones. La gran habitación al fondo y oscura, al lado de la cocina, ya no guardaría la cantidad de medicamentos e historias clínicas y se intentó entonces ubicar la mesa redonda. ¿Un intento de conformar mayor privacidad para nuestros informales encuentros? Abríamos una puerta, cerrábamos otra, llamábamos a mantenimiento, que la calefacción, que el frío, que la electricidad, el baño, los candados, etc., etc., etc. Con el tiempo, ya no recuerdo cuándo ni cómo, la mesa redonda volvió a la cocina, ese lugar tan nuestro. La habitación grande y oscura se dividió con paneles de durlock para crear así dos pequeños espacios. Uno, el más al fondo y oscuro, continúa funcionando como lugar de guardado de insumos y nuestras pertenencias, pero ahora más pequeño. El otro tiene un cartel en la puerta del lado de afuera que dice *Consultorio de Psicología*. Ahí un pequeño escritorio con computadora, ventilador de pared enorme y ruidoso, una pizarra y una ventana (ventiluz) que no cierra herméticamente – y si hay voces fuertes estas la atraviesan fácilmente – que da precisamente a nuestra querida cocina con su mesa redonda.

COCINA. Y LA POSIBILIDAD DE CONSTRUIR INTERCONSULTA

La ‘cocina’ de la casa es ese espacio en el que la mayoría del equipo se encuentra a conversar (pasar el parte digamos; a veces también ‘pasar el rumor’), tomar mate, comer, discutir (a veces acaloradamente y otras como antecedente al *debilitamiento y resquebrajamiento de los lazos* laborales), o escribir en las historias clínicas y articular estrategias de trabajo e intervenciones en casos complejos. A veces (muy pocas) también allí las reuniones de equipo, alrededor de esa mesa redonda. El equipo hoy está conformado por dieciséis trabajadores, cuando diez años atrás contaba tan solo con 11 integrantes. Por lo tanto, con el correr del tiempo no sólo las familias del barrio crecieron notablemente. El equipo, en determinados horarios pico de trabajo, también sufre el hacinamiento y muchas veces no hay espacio para la atención.

La *cocina* es ese lugar en el que en ocasiones se hablaba ‘en modo íntimo’. Lo descontracturado del encuentro no sólo nos permitía contarnos algunos pasajes de nuestras vidas, sino también de los pacientes que se atienden en el Centro de Salud. Me preocupaba entonces que hubiera alguien en la sala de espera con la oreja bien atenta. Durante mucho tiempo mis intervenciones solían apuntar a modificar esta costumbre. “Seamos más cuidadosos” pensaba y decía. Me interesa ahora retomar estas intervenciones – que en su momento no hubiera imaginado jamás que podrían registrarse en función de una clínica – en relación a una práctica de cuidado. Porque decir “¡cuidado!” alerta, pero también cuida. Cuida (o apuesta a cuidar) al que habla, al que escucha, cuida esa historia, tan singularísima y a la vez tan pública, cuida ese lazo entre lo que llamamos ‘comunidad’ y la ‘institución’ o equipo de salud, al lazo transferencial, a los lazos entre pares. Entonces *cuidar*. ¿Cuidar la intimidad? ¿Cuidar ese espacio y tiempo tan íntimo para un sujeto? Cuidar la palabra, lo dicho y la escucha.

He aquí una digresión. Me detengo sólo para mencionar que existe toda una tensión entre lo público y lo privado, así como también entre lo privado y lo íntimo. ¿Qué lugar para la intimi-

dad en una institución pública? ¿Qué hay de ‘público’ en nuestras prácticas? ¿Qué efectos clínicos produce la sobreabundancia de conocimiento y la circulación de cierta información biográfica de la vida (privada) de un paciente o vecino del barrio? Podemos conocer un hecho de la vida privada de un paciente – aquí privacidad se entiende como lo opuesto a lo que es de público conocimiento – pero no por ello suponer que conocemos sus aspectos más íntimos. Es decir, al mencionar o conocer un dato o acontecimiento de la vida privada de alguien es habitual que se considere que se trata de la intimidad y así suele transmitirse. Como si pudiéramos conocer, todos, la intimidad de todos ¿Qué ocurre en ese vínculo entre el vecino del barrio y su Centro de Salud en el que se atiende desde los inicios? Los integrantes con más antigüedad en el equipo están ya atendiendo dos generaciones¹⁹. ¿Podríamos pensar que algo de la ‘familiaridad’ – inclusive visible en el trato mismo de mucha confianza – vehiculiza, pero a su vez obstaculiza intervenciones? ¿Qué le pasa a un equipo de salud cuando se encuentra con la repetición y la pulsión de muerte en primer plano? Años tras años atendiendo los diferentes momentos de consumo de una joven madre alcohólica que intenta, pero no logra adherir a tratamientos y su vida nos llega de a saltos por preocupaciones de vecinos, intervenciones de la Dirección de Niñez e internaciones por abstinencia y desintoxicación

¿Cómo interrumpir –al menos con alguna puntuación que apueste a algún giro en la escena– esa metonimia significativa que va del mal comportamiento al *fracaso escolar la calle la junta los consumos y la carrera delictiva*, casi como un destino anunciado? Naturalizar podría ser una oferta tentadora que la institución proponga a un equipo para auto protegerse de la angustia. Como

19 Esto se veía mucho cuando la pediatra comenzaba a atender al bebé de una joven que ella misma había atendido desde su nacimiento; o cuando la obstetra atiende ahora los embarazos de las adolescentes hijas de aquellas mujeres también atendidas desde aquellos embarazos.

siempre digo y repito: el día que ya no me sorprendan o angustien algunas crudas realidades y algunas tan variadas pero lamentablemente no poco frecuentes intervenciones desde el Estado, que muchas veces vulneran aún más a aquellos vulnerados; el día que me encuentre ‘acostumbrada’ a todo ello, ese será el día en el que ya no debería continuar.

Pero continúo. Tal vez escribo para no olvidar estas preguntas, escribo para continuar preguntándomelas.

Por un lado, naturalizar, ligado a la impotencia. Y en el otro extremo la omnipotencia. ¿Cómo correrse y no caer en la tentación de ubicarse desde una posición heroica –parafraseando un artículo de Lewkowicz– del que todo lo puede? Escuchando. *Algo se pone en suspenso cuando se escucha*. Porque el punto en cuestión aquí es que no siempre se escucha. Y generalmente cuando se responde al pedido institucional se actúa algún mandato más ligado al furor curandis que a una posición de escucha. Y la escucha es con tiempo. Dándonos tiempo. Otra cuestión que muchas veces me ubicaba al interior del equipo en un lugar incómodo era hacer trabajar este ‘puede ser diferente de lo que es’, para contrarrestar cierto exceso de naturalización de las problemáticas. Intentar conmovir esa certeza de algún compañero ‘más experimentado’²⁰ por ejemplo, generaba que fuera identificada con una posición de cierta ingenuidad. Incómoda o no, continúe desde allí.

La urgencia a intervenir o encontrar –y dar– una respuesta ante la situación problemática que en la cocina se planteaba, le dio paso a la necesidad de ubicar (en el sentido de situar y localizar) los bordes para un *dispositivo de interconsulta*.

Poner el dispositivo analítico a funcionar puertas adentro del consultorio, ante las consultas por demanda espontánea o derivaciones (internas o externas), no fue tan complicado. Si la derivación es externa (proveniente de otras instituciones de la red

20 Acá la noción de experiencia está más ligada a la acumulación de saber, entendiendo esto como aquello que obtura y obstaculiza la pregunta.

–hospitales generales o monovalentes u otro centro de atención primaria por ejemplo– o ministerios) apostamos a construir un encuentro con quien o quienes derivan al paciente, ya que es un momento privilegiado en función de enlazar una historia no sólo de ese padecimiento sino también de las intervenciones realizadas. Se trata de que aparezca el sujeto en esas idas y venidas propias de los recorridos institucionales. Construir este encuentro no es tarea sencilla, porque no está dado de antemano y la urgencia – claramente de los trabajadores – por ‘resolver’ rápidamente la admisión de un paciente en tratamiento, precipita a pasar por alto la dimensión del encuentro e intercambio y considerar que con una derivación escrita en un papelito puede ser suficiente.

Si son derivaciones internas la presencia y el encuentro con un compañero –¿en la cocina?– es oportunidad para que la interconsulta se despliegue

Entiendo *la interconsulta* como un *efecto*. Se trata de un dispositivo institucional con características propias, más fácil de identificar en el ámbito hospitalario, el cual se organiza según la división de servicios²¹. La interconsulta en el territorio médico se puede dar entre profesionales colegas o entre servicios, allí cuando algún síntoma, resultado de un estudio, evolución del cuadro o situación familiar y social del paciente, genera inquietudes y dudas.

Más allá de recibir como psicólogos este pedido de interconsulta de parte de un médico, enfermero u otro trabajador, es importante ubicar qué estatuto podemos darle desde nuestra especificidad, en la clínica del sujeto. En este punto, y situándonos entonces en la práctica clínica en un Centro de Salud, hablar de interconsulta supone instalar las condiciones de posibilidad para que el encuentro con el saber del otro acontezca. No para ‘completar’ el saber del otro, como si la interdisciplina se tratara de la sumatoria

21 Clínica médica, gastro, neuro, gineco, obstetricia, cirugía, salud mental, terapia, neo, maternidad, quemados, cardio, trabajo social... entre otros y sólo por mencionar algunos y de manera abreviada tal como se escucha en el uso común.

de las partes que cada disciplina (o especialidad médica) estudia y ‘sabe’ de la vida humana, y de ese modo cada una se complementaría con las otras y podría allí dar en la tecla con el ‘ideal de cura’. Curar es uno de los imposibles. Pero eso no significa que tengamos que posicionarnos en la impotencia. Apostar entonces, en cada interconsulta, a que algo se produzca, a modo de efecto del encuentro con el otro, con el saber del otro siempre incompleto, o descompletar con preguntas el saber de quién interconsulta y nos convoca allí cuando se topa con “*lo que se supone que debe funcionar*”²². Y aquí incluyo la vasta demanda proveniente de la institución escolar. Apostar a trabajar con lo ‘derivado’ de las instituciones y construir el trabajo de interconsulta no es sencillo. Es trabajar nuestras propias instituciones al poner a trabajar al malestar. Muchas veces nuestro *malestar como trabajadores* está en relación a ese mandato imposible de ser interpelado que toda institución impone. Cuando me refiero a institución no me refiero al edificio; aunque metafóricamente describa la distribución arquitectónica del Centro de Salud. Porque en todo caso arquitectura es también el modo de habitar los espacios, y ello remite a las prácticas, a lo que instituimos con nuestras prácticas.

Entonces decimos que interconsulta no es algo que ya esté dado sino que se construye. Que se trata de *espacio y tiempo determinados*, tal vez en ese ‘inter’ o ‘entre’, como zona de experiencia en la que quizás sólo se puede hablar de interconsulta como efecto. Hubo interconsulta. Hubo interconsulta allí cuando fue posible trabajar con un médico o maestro algún obstáculo en su práctica independientemente de ‘tomar’ o no al paciente ‘derivado’ en tratamiento, cuando de ese trabajo se evalúa la pertinencia o no de nuestra intervención directamente con el paciente o la familia. Hubo interconsulta cuando se ha podido construir conjuntamente las diversas estrategias para abordar alguna situación. Hubo

22 Baños L., Steinberg I., *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*, Rosario, Homo Sapiens Ediciones, 2012, p. 62.

interconsulta cuando alguien – un trabajador en este caso – ha podido primero *confiar* para poder hablar de su práctica. El efecto es una modificación. “*Me hizo bien hablarlo con vos*”, “*ahora que te lo cuento me doy cuenta que...*”. Más allá de la ficcionalidad de estas frases podemos afirmar que si hay enunciación y encuentro con el otro, es imposible no salir modificado de tal experiencia de trabajo. Se trata de una apuesta, no de un ideal. Se trata de una apuesta, que los obstáculos (inherentes a la práctica misma) no se nos transformen en impedimentos que impotenten. Ubicar nuestros límites habilitaría a darle lugar a lo posible.

Habitar consultorios. Consultorios conjuntos

En la casa chorizo, en lo que eran habitaciones del inmueble, el consultorio debe advenir. ¿Cómo habitarlo? Atendemos allí, en los consultorios/habitaciones. Las tres habitaciones principales de la casa se encuentran una al lado de la otra, comunicándose entre sí a través de puertas. Esto es precisamente lo que le da el nombre de ‘casa chorizo’ al estilo arquitectónico de una época determinada. Consultorios intercomunicados y, a la vez, consultorios conjuntos. Se recurre muchas veces a esta estrategia de atender conjuntamente entre dos profesionales – generalmente de diferentes disciplinas – una situación puntual. Quisiera mencionar en este punto dos dispositivos de *consultorio conjunto* que se sostuvieron por un largo período de tiempo: *el de admisión interdisciplinaria para primeras consultas en salud mental* y *el consultorio conjunto para la desnutrición*.

Para todos los casos siempre fue oportuno *contar con un espacio* en la jornada laboral especialmente destinado a las nuevas consultas. Contar con un espacio implica contar con ese tiempo de disponibilidad. Estar disponible para escuchar al otro. Y es recién allí que en algunos pocos casos una *demanda* puede ser articulada a un pedido. Por eso considero que la demanda también se cons-

truye, no viene dada sólo por el hecho de que alguien consulte y menos aun cuando 'lo manden a'.

Los espacios de recepción de un pedido permiten ubicar un tiempo para problematizarlo. El hecho de haber constituido el *espacio de admisión conjuntamente con Trabajo Social* apuntaba en sus objetivos a no psicologizar o psicopatologizar la marginalidad, por ejemplo. Un claro ejemplo de esto es cuando la escuela derivaba a tratamiento al niño ya diagnosticado, por maestros y directivos, con algún trastorno y se le exigía a esos padres que llevaran la constancia del turno y cuanto antes un informe psicológico. Pero en el desarrollo de la entrevista y en función de ofertar en acto una escucha atenta e interdisciplinaria, se desplegaba una conflictiva familiar compleja en la que, por ejemplo, ese niño estaba al cuidado de su abuela porque su madre los había dejado hace años, o iba y venía en un ritmo marcado por su actividad delictiva y un consumo problemático; o niños que sólo podían ver a su padre o madre en encuentros supervisados en el marco de los Tribunales. Allí al menos cabía preguntarse, ¿por qué ese niño en tratamiento? Ofertar en principio un abordaje y acompañamiento a la familia y a veces también a la escuela permitía contextualizar la problemática y abordarla en su complejidad social. Aunque después se proponga o no tratamiento psicológico individual para el niño o niña o algún otro familiar adulto, el hecho de recepcionar la situación de manera conjunta ponía en suspenso los diagnósticos que se venían a buscar y ayudaba a esta construcción de la demora. Demorarse en dar respuesta como si se aplicara una técnica, aplicando la teoría psicoanalítica a problemas sociales, era toda una apuesta que por supuesto requería de un posicionamiento al respecto, lo cual no era sin dificultades. Al mismo tiempo también permitió darles otro carácter a las intervenciones del trabajador social, corriéndolo de una imagen burocratizada del que sólo realiza informes o tramita una tarjeta de ciudadanía, para pasar a intervenir en una entrevista conjunta desde un lugar ordenador, muchas veces tan necesario, con consideraciones atinadas y pertinentes en lo que

respecta a lo vincular y familiar, por ejemplo. Considero ahora que se trataba también de un espacio privilegiado en tanto herramienta para una futura discusión política, para pensar en la construcción de las problemáticas en el campo de lo social, ya que apuntaba a la no naturalización de las mismas y pretendía al mismo tiempo una visibilización de las problemáticas mediante un sistema de registro que habíamos diseñado especialmente. La dinámica institucional y los avatares personales no posibilitaron que esta experiencia continúe.

El consultorio conjunto con pediatría para atender pacientes con bajo peso y desnutrición se fundamentaba en concebir el cuerpo y la alimentación no sólo desde una perspectiva biologicista. Hacer ingresar al consultorio de ‘control de puericultura’ la historia familiar, singularísima de esa mamá con ese bebé niño o niña que ‘no aumenta de peso’, no es una cuestión menor. Se trata de revalorizar allí conjuntamente con el médico, la importancia de la entrevista conocida como anamnesis, en la que se registra a través de preguntas semi estructuradas, por el embarazo y nacimiento de ese hijo, el dormir, la alimentación, la lactancia, el grupo familiar, el grupo conviviente, sus hábitos en general...etc. Así también se registraban hechos significativos y azarosos que aparecen en esa historia singular y están en los primeros años de la vida de ese niño. Esto pondrá en escena ese entramado significativo que antecede incluso la llegada de ese bebe y el lugar que este ocupa para la madre.

Era posible escuchar de qué modo esta historia singular se enlazaba con la problemática de la nutrición. Entonces allí, junto a la balanza y los papeles que la mamá sacaba de una bolsa, carpeta o folio, se intentaba intervenir abriendo otras escenas y preguntas posibles ante esta problemática de la desnutrición y su correlato con el control mensual obligatorio. La continuidad y la frecuencia de estos controles favorecían el ir retomando lo conversado en el ‘control’ anterior y esto permitía instalar otra escena, otro lazo también entre el médico y el paciente. Médico que podía permi-

tirse²³ hablar de recetas de cocina con la mamá o jugar a darle de comer a un muñeco con el niño, por ejemplo.

Con el paso del tiempo la problemática de la desnutrición fue cediendo a un bajísimo porcentaje, casi del 0% de desnutrición en la zona. Esta situación, al mismo tiempo que cuestiones personales de quienes lo sosteníamos, implicaron la interrupción del consultorio conjunto²⁴. La problemática de la desnutrición le dio paso a otra con agravante aumento en los últimos años ligada al desarrollo temprano. Las detenciones y las dificultades en el mismo le están dando paso a la consecuente patologización y su correlato social en la discapacidad como posibilitador para acceder a múltiples tratamientos especializados a los que sin el certificado no se accede.²⁵

La sala de espera. Construcción de una espera y un rincón

El pasillo largo es sala de espera. Allí hay sillas, la gente se sienta y espera ser atendida. También la gente espera parada a centímetros de la puerta del consultorio de quien consulta, o hace cola para ser atendida por administración o farmacia ubicadas en el centro del pasillo. En la sala de espera también puede haber niños que juegan con las sillas al ritmo de un reto de su madre para

23 En el sentido de poder correrse del mandato que el discurso médico le impone. Al igual que el enfermo que se borra como sujeto ante la enfermedad, el médico también se borra ante las exigencias de su saber, como afirma Clavreul. Cf. Clavreul, J., *El orden médico*, Barcelona, Argot compañía de libros S.A, 1983.

24 Cuando me refiero a situaciones personales me refiero a cambios de horarios de los profesionales que dificultan el encuentro, a licencias prolongadas o traslado a otro efector de alguno de los profesionales que sostienen la tarea. Queda con esto de manifiesto la dificultad de la institución y las políticas públicas para que se tome la posta, agendando la importancia de determinadas prácticas en el campo de lo social.

25 Esto motorizó el proyecto de Espacio de juego para bebés que se intentó poner en marcha sin el suficiente apoyo institucional y que continúa pendiente.

mantenerlo quieto. También hay un televisor. En la sala de espera todos circulamos, es el corredor principal que atraviesa todo el largo de la casa, desde la puerta cancel hasta la cocina.

Entonces la sala de espera... ¿qué se espera allí? Yo también esperaba. Mi estar psicoanalista era esperar. Esperar al paciente que muchas veces no llega y esperar que diga lo que piensa y cómo está cuando puede llegar al horario pactado (o por fuera de horario también). Esperar también la oportunidad en los casos complejos para no precipitarme en la actuación, para comenzar a generar lazo.

La sala de espera en sí misma es una sala para la oportunidad. *La espera da oportunidad.*

Porque como decía anteriormente las situaciones más complejas parecen no poder entrar al consultorio, como si no se ‘amoldaran’ a él (con la lógica del día y horario pactado para el encuentro). Lo que no quita que podamos intervenir cuando se presentan.

Yo también esperaba al equipo, a que estén las condiciones dadas para construir algo conjuntamente, a que podamos armar un espacio en nuestra agenda dominada por la lógica asistencial para trabajar en la grupalidad, en dispositivos con un enfoque más preventivo en salud.

A pesar –o siguiendo el camino– de los obstáculos y lejos ya de esperar el momento ideal del equipo, la sala de espera –entre los años 2011 y 2015– pudo habitarse de otro modo con dos dispositivos: *el espacio para embarazadas* y *el rincón de cuentos*.

Conmovidada por mi propia y reciente maternidad, comienza en mí a gestarse esta idea: Las mujeres embarazadas en el Centro de Salud tenían que poder encontrarse a hablar acerca del embarazo y *la maternidad*. Para poder poner en marcha este proyecto decidimos²⁶ iniciarlo con la implementación de una serie de entrevis-

26 El ‘*decidimos*’ incluye en este caso a la psicóloga cursante de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria que realizaba la práctica correspondiente en el Centro de Salud en ese entonces.

tas semi dirigidas que realizábamos en un consultorio de manera individual a toda mujer que se encontrara en la sala de espera del control de embarazo. Con esa entrevista lográbamos un primer acercamiento, conocíamos cuestiones generales o algún detalle relevante del momento actual de cada mujer embarazada. También allí indagábamos acerca del interés que tenían de encontrarse en un grupo para hablar y abordar determinados temas. Finalizada esta etapa largamos la convocatoria casa por casa para el primer encuentro. A pesar de la buena recepción y aparente compromiso, al encuentro llegó solo una mujer.

Armar espacios de alojamiento también necesitaba su tiempo, ¿un tiempo de gestación? No se trataba entonces de imponer un espacio sino de trabajar también con ese que ya estaba. Después de algunas semanas de apuesta decidimos quedarnos en la sala de espera. Y esperar que algo allí acontezca. Esperar. Porque no será poca cosa ‘la espera’ en el transcurso de un embarazo. Entonces en la sala de espera no sólo se esperaba sino que también se gestaba un espacio para embarazadas, un espacio para el tiempo, un espacio para la espera, más allá del control pre-natal.

Así fue como me acercaba a las mujeres allí presentes, algunas ya me conocían de las entrevistas y la invitación a participar en el taller y otras no. Me presentaba y les preguntaba sus nombres, su tiempo de embarazo y cómo se sentían. Entonces un gesto, una mano en el hombro, una mirada atenta a quien comienza a confiar en uno que lo escucha. Hablábamos del cuerpo, de sus modificaciones, del cuidado y la alimentación, de los cambios y el desarrollo del bebé según las etapas del embarazo. Hablábamos también de los miedos, las dudas, la crianza, la vida cotidiana.

El espacio para embarazadas en tanto intervención tenía, en términos generales, un doble objetivo: uno en relación al trabajo posible con las mujeres del barrio (en esta circunstancia, embarazadas) en tanto generador de lazos y promotor de prácticas de

cuidado²⁷ y vínculos solidarios; y otro en relación al equipo de trabajo de la institución, en la modificación de la sala de espera y como interpelador de nuestras prácticas. Un dispositivo clínico institucional. La sala de espera podía no ser la misma. Las mujeres allí comenzábamos a compartir. Las pacientes podían apropiarse y compartir un saber sobre su cuerpo.

Respecto de las intervenciones en el dispositivo es posible advertir la función del respeto y del sostén. Tomo en este punto como ejemplo el hecho de respetar el silencio del otro o su negativa a participar.

No era muy difícil percibir cuando alguna joven de la sala de espera no quería participar, cuando bajaba la mirada ante alguna pregunta o respondía con pocas palabras y algún gesto mínimo. Mi posición era de respeto, de sostén. El otro tiene lugar allí. Otra intervención en ese espacio tenía que ver con ‘corrermé’ de cierto lugar que podría asociarse al deber ser y que esto las objetaliza. Se trataba en todo momento de ubicarme en un lugar *otro* en tanto semejante, pasándome a mí también cuestiones en relación a la maternidad y poniéndolas a trabajar²⁸; poniendo en juego esa “*resonancia afectiva generadora de intimidación*” que permite al mismo tiempo “*un retroceso de la intimidación*”, como diría Ulloa²⁹.

El tiempo permitió otros movimientos. Transitar la sala de espera en otros días y horarios me posibilitó encontrarlas ya con sus bebés en brazos esperando el turno con la pediatra. Era bueno saber que allí podía detenerme, que no éramos desconocidas. Aunque hubiera habido silencio y ‘poca participación’ de esa em-

27 Ignacio Lewkowicz plantea un desplazamiento en relación a la función materna: Lewkowicz, L., “de las instituciones de amparo a las prácticas de cuidado”, en Corea, C. y Lewkowicz I., *Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 2004, p. 100.

28 Gran parte del tiempo de puesta en marcha de este espacio lo transcurrí atravesando mi segundo embarazo y el posterior puerperio.

29 Ulloa F., *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Op. cit. p. 59.

barazada en particular, no podíamos negar que nos conocíamos. Ella sabía ahora quién era yo, qué hacía ahí. Y yo sabía su nombre y que tenía ahora al bebé en sus brazos. Aunque parezca obvio, algún lazo podía comenzar a percibirse; no podíamos negar que yo la había registrado en la sala de espera esperando, aunque estuviera en silencio durante toda la conversación entre las presentes. Entonces ahí me daba cuenta que la experiencia de la sala de espera nos había modificado, no éramos ajenas. Porque además yo había hablado de mí, de algún fragmento de mi experiencia, para ofertarme, para poder alojar algo del otro en ella también. Efecto de este lugar podría ser el posterior pedido de esa joven a ser escuchada; que cuando al pasar y al encontrarnos casualmente me preguntara si yo era psicóloga y cuándo podía hablar conmigo de algo que le estaba ocurriendo. La sala de espera, y la sala de espera de embarazadas en particular, permitieron sin dudas que otro lazo con algunas de ellas se construyera. Al menos ese piso mínimo de confianza y alojamiento para que luego pueda pedir.

La sala de espera también me habilitaba a posicionarme de otro modo. Ese ‘otro modo’ en un principio me era algo incómodo. Romper el silencio habitual, mantener la atención, sostener las miradas, percibir lo que se sentía flotar en el ambiente ante la presencia de alguna embarazada en particular; que ese clima de cuidado, respeto e interés no se desarmara ante el inevitable circular de otra gente o las voces que más lejos se escucharan, no era nada sencillo. Nada más alejado al clima de intimidad que de por sí favorece un consultorio con la puerta cerrada en alguna entrevista individual. Con el tiempo yo también fui encontrando un lugar para intervenir. Sostener en el tiempo, con la frecuencia semanal, este dispositivo, conformó el *espacio para embarazadas* como tal: los compañeros del equipo pedían permiso para pasar, hablaban más bajo y hasta se sentaron con nosotras para conversar; y algunas mujeres que estaban participando mientras esperaban su control pre natal volvían a sentarse en la sala de espera una vez que salían del consultorio.

El *rincón de cuentos* fue una intervención que consistía en irrumpir la sala de espera con un carro de madera con cuentos infantiles y almohadones. Se convocaba a niños y niñas de todas las edades presentes allí a elegir, entre todos, un cuento para leer. Después de la lectura en voz alta se invitaba a conversar y/o dibujar lo que quisieran. La sala de espera se transformaba, cambiaba el clima y el color rápidamente. Se abría *otra escena*³⁰ dentro de ella. Ese paso a la otra escena que la ficción y el juego pueden habilitar.

Sin desarrollar aquí extensamente este rico espacio construido y sostenido cierto tiempo³¹, me detengo en la idea de rincón, ese espacio pequeño que nos remite a infancia, a escondite, a cobijo, a encuentro, a resguardo. Encontramos un rincón para no molestar la circulación de ese largo pasillo, encontramos un rincón en la sala de espera para el juego y el fantaseo, para la creación y esa puesta en suspenso del malestar o padecimiento que suelen presentarse en la sala de espera al pediatra. Otro cuerpo es posible.

V – Acerca de la noción de dispositivos subjetivantes

Pensar la clínica psicoanalítica en el campo de lo público implica estar advertidos de: por un lado, no suponer que sería posible el ideal de una clínica pura, al margen de la discusión política o absteniéndose de tomar posición respecto de la exclusión, el desamparo, la violencia, la marginalidad, las múltiples carencias e historias de sucesión de derechos vulnerados; pero por otro lado, también, de que no se trata de dar respuesta a todo con dispositivos clínicos al modo de receta predeterminada, perdiendo de este

30 Mannoni, O., *La Otra Escena, claves de lo imaginario*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1971.

31 Lo sostenían semanalmente los estudiantes de los últimos años de la Facultad de Psicología de la UNR (desde las Residencias de Pre Grado o lo que luego se denominó Práctica Profesional Supervisada).

modo la singularidad, el espacio y tiempo particular, en el que un dispositivo se construye.

Deleuze escribe:

“Todo dispositivo se define pues por su tenor de novedad y creatividad, el cual marca al mismo tiempo su capacidad de transformarse y de fisurarse y en provecho de un dispositivo del futuro”.³²

Se construyen dispositivos específicos en función de lo que pueden producir, lo que pueden visibilizar y en tensión permanente entre lo instituido y el movimiento instituyente. Así se pensaron por ejemplo la interconsulta, la admisión interdisciplinaria, el consultorio conjunto, el taller para embarazadas o el rincón de cuentos en sala de espera, entre otros.

Inventar dispositivos no es una técnica a repetir en el campo de lo social o institucional, al modo de la tallerización de la pobreza. Se trata de problematizar, de hacer clínica. Y que estos dispositivos recuperen la dimensión singular en tanto intervenciones en el campo.

La apuesta fue la construcción de estos lugares como aquellas “zona de experiencia”³³ en un espacio potencial. Winnicott hablaba de espacios transicionales, del espacio potencial que existe “entre el bebé y la madre, entre el niño y la familia, entre el individuo y la sociedad o el mundo”, el cual “depende de la experiencia que conduce a confiar”.

Espacio potencial que “existe entre el individuo y el ambiente, que al principio une y al mismo tiempo separa al bebé y la madre cuando el amor materno, exhibido o manifestado como confiabili-

32 Deleuze, G., “¿Qué es un dispositivo?” en AA.VV. *Michel Foucault, filósofo*, Barcelona, Gedisa, 1999.

33 Winnicott, D., *Realidad y Juego*, Barcelona, Gedisa, 1972.

dad humana, otorga en efecto al bebé un sentimiento de confianza en el factor ambiental”.³⁴

Se construyen *dispositivos* - ¿espacios transicionales? – para crear las condiciones de posibilidad de emergencia de lo subjetivo, para hacer ‘lugar’ en determinados espacios, para crear ambientes facilitadores, con la potencialidad inherente a toda experiencia. Considero importante cierta advertencia respecto del objeto del que el dispositivo trate o convoque. Más allá de la innegable pertinencia del juego en los niños, de los relatos y cuentos para su constitución subjetiva, o de la psicoprofilaxis obstétrica, por ejemplo; me interesa remarcar la función de estos dispositivos más allá del objeto. Considero que la creación de los mismos son pretextos para construir las condiciones que le permitan a alguien confiar en el otro, que la escucha sea valiosa y el alojamiento un efecto. Para hacer de determinados espacios institucionales verdaderos *lugares* de alojamiento y de experiencia de construcción de lazo.

Distinguiendo espacio de lugar en función de lo que Marc Augé describe al hablar de espacios del no-lugar:³⁵

“Si un lugar puede definirse como lugar de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico, definirá un no lugar”.³⁶

Pero la otra advertencia está en relación a los efectos que estos dispositivos tienen para los propios trabajadores que sostenemos la práctica en espacios de lo público. En tanto se trata –como decía anteriormente– de lugares para la ternura en ese encuentro con el otro cuando el lazo se desgrana; también operan sobre nosotros

34 Winnicott, D., *Realidad y Juego*, Op. cit., p. 138.

35 Los no-lugares para Augé son por ejemplo los aeropuertos, los grandes supermercados.

36 Augé, M., *Los ‘no lugares’. Espacios del anonimato. Una antropología de la Sobremodernidad*, Barcelona, Gedisa, 1992, p. 83.

como alojamiento cuando la práctica cotidiana se nos vuelve cruel; cuando perdemos esa potencia instituyente y trabajamos mecánicamente en función de una demanda institucional en un contexto donde la pobreza y la vulneración de derechos es moneda corriente. La advertencia es en este sentido en relación al confort que algunos dispositivos (lo mismo ocurre con la teoría) pueden propiciarnos y el riesgo allí es que se transformen en islas olvidando la pregunta que le dio origen, olvidando el movimiento instituyente de su creación.

VI - *Consideraciones finales*

Final de un recorrido. Recorrí con este escrito algunos espacios de la práctica al modo de ‘visita guiada’ por aquí y por allá, por lo que puede haber o no de ‘lugar’ (para el otro y para mi práctica) en la paradójal institución/casa familiar. Visita guiada por su arquitectura, por los espacios y los tiempos; por los rincones y pasillos, por las historias y la espera. Espacio y tiempo en permanente articulación, categorías fundantes de la estructuración de un sujeto hablante y presentes también en las intervenciones clínicas y dispositivos creados.

Si bien los obstáculos son inherentes a la práctica misma, considero que no puede quedar por fuera de esta lo que ella puede tener de lúdica, de juego. No se trata entonces de pensarse por fuera de la institución o del malestar, eso sería imposible. Conocemos que éste nos es inherente en tanto sujetos atravesados por la cultura. Se trata entonces de no perder la pregunta, no coagular su sentido. Ubicar la dimensión histórica para recuperar la pregunta que le dio origen sería recuperar ese movimiento instituyente, creador. Introducir la dimensión histórica es imprescindible para pensar lo contingente. Y si algo intentaba hacer funcionar en cada dispositivo creado era justamente ese juego en el que algo puede ser diferente de lo que es.

Por eso la espera. El suspenso de los dados en el aire antes que estos se estampen al caer. Hacer funcionar esa puesta en suspenso no siempre nos resulta sencillo a los practicantes del campo psi. La espera es la demora, es poner en suspenso los diagnósticos cuando viene una madre a solicitar atención para su hijo porque “es discapacitado, tiene un trastorno”; en suspenso aunque tan solo se trate de un instante, casi fugaz, como la apertura y cierre del diafragma de un lente fotográfico cuando se oye el ‘click’. ¿Como la apertura y cierre del inconciente? ¿El click del sujeto evanescente, el sujeto como efecto? Vuelvo entonces a la función de lo contingente: algo puede ser diferente de lo que es; la puesta en marcha de algunos dispositivos que apuesten a otro tipo de lazo transferencial, en los que se pueda poner en suspenso lo que ha quedado plasmado y coagula al sujeto, en los que se pueda operar clínicamente y los dados vuelvan a girar otra vez. Apuesta en este sentido que, no habrá sido sólo por comodidad, encontré en la sala de espera un lugar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGE, M., *Los 'no lugares'. Espacios del anonimato. Una antropología de la Sobremodernidad*. Barcelona, Gedisa, 1992.

BACHELARD G., *La poética del espacio*, México, Fondo de Cultura Económica, 1965.

BAÑOS L., STEINBERG I., *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*, Rosario, Homo Sapiens Ediciones, 2012.

CASTEL, R., *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Buenos Aires, Paidós, 1997.

CASTELL, R., “Los desafiados: precariedad del trabajo y vulnerabilidad relacional”, en Revista Topia, año 1, N.º III, Buenos Aires, 1991.

CLAVREUL, J., *El orden médico*, Barcelona, Argot Compañía del Libro S. A, 1983.

COREA, C., LEWKOWICZ I., *Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas*. Buenos Aires, Paidós, 2004.

CORNERO, S., Y BIASATTI, R., “Arte Callejero, Rescate de Imágenes y Transformación urbana en La Lata, Rosario” en 9^{nas} Jornadas Rosarinas de Antropología Social, Universidad Nacional de Rosario, URL, http://www.academia.edu/22682605/Arte_Callejero_Rescate_de_Im%C3%A1genes_y_Transformaci%C3%B3n_urbana_en.

DE LA ALDEA E., LEWKOWICZ I., “La subjetividad heroica”.

DELEUZE, G., ¿Qué es un dispositivo?, en AA. VV., *Michel Foucault, filósofo*, Barcelona, Gedisa, 1999.

FREUD, S., “El creador literario y el fantaseo”, en *Obras Completas*, tomo IX, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004.

FREUD, S., “El Malestar en la cultura”. en *Obras Completas*, tomo XXI, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004.

<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/9-3573-2006-05-19.html>.

<http://www.sinmordaza.com/noticia/180713-entregan-escriaturas-a-beneficiarios-de-barrio-corrientes.html>.

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>).

LEWKOWIZ I., SZTULWARK P., *Arquitectura plus de sentido*, Buenos Aires, Editorial Altamira, 2003.

Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Ley Provincial de Salud Mental 10772, Ministerio de Salud Gobierno de Santa Fe, 2007.

MANNONI O., *La Otra Escena, claves de lo imaginario*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1971.

Periódico del Proyecto Corrientes, Programa Rosario Hábitat, “La Esperanza”, octubre de 2005.

ULLOA F., *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2011.

WINNICOTT, D., *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Barcelona, Paidós, 1994.

WINNICOTT, D., *Realidad y Juego*, Barcelona, Gedisa, 1972.

El conflicto y su carácter irreductible en la institución.

PSIC. TATIANA MORENO*

Sobre los orígenes de la Colonia

La Colonia Psiquiátrica “Dr. Abelardo Freyre” se encuentra en el sur de la Provincia de Santa Fe, en la localidad de Oliveros. Fue construida en un área de 180 hectáreas a 60km al norte de la ciudad de Rosario. Uno de sus lados aparece a la vista limitado por la ruta provincial N.º11, otro con un alambrado que la separa de viviendas de algunos trabajadores y en los otros solo se advierte vegetación. Detrás, en uno de esos márgenes, el río Carcarañá. Se ubica, alejada del pueblo, sobre lo que se conoce como el cordón industrial de la provincia, lo que ha generado que circule con tono irónico el nombre de “fábrica de locos”.

No se erige como un único edificio, sino como una serie de edificaciones que se distribuyen en una parte muy menor de la superficie en la que se emplaza. Para alcanzar la entrada es necesario transitar 100 metros desde la ruta. Allí encontramos de un lado un almacén, del otro una cantina y la portería. Por detrás, a la izquierda, se alzan unas construcciones que fueron proyectadas como viviendas para el personal jerárquico de la Colonia, las cuales incluyen una pileta de natación en ese sector. Sin embargo, nunca estas viviendas fueron utilizadas con ese fin. Actualmente

* TATIANA MORENO: Psicóloga. Psicoanalista. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Integrante de Equipo interdisciplinario de admisión en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Docente en la cátedra “Lingüística y Discursividad Social” de la Facultad de Psicología, UNR.

fueron reformuladas para que funcionen dos tipos de dispositivos de asistencia: *Moradores*, que se constituye al modo de una casa asistida¹ (se trata de dos viviendas separadas) y la Unidad de Asistencia en Crisis – UAC – donde son alojados pacientes que necesitan mayores condiciones de cuidado (con anterioridad se lo nombraba Dispositivo Clínico Jurídico).

Luego, siguiendo la línea de entrada, se ubica el sector de guardia y tránsito, lugar de recepción y primera asistencia para los pacientes. Junto a este sector se emplaza la Farmacia, el sector de Archivo y Estadística, Consultorios externos y otras oficinas. En frente un edificio donde se instala la Dirección, Contaduría, Personal, Salud Laboral, entre otras dependencias. Al final de esa calle, el Área Cultural.

Es de destacar que los pabellones o salas donde se alojan los pacientes se encuentran alejados de este sector. Relatan trabajadores con antigüedad en la institución que varios años atrás no les era permitido a los pacientes la circulación por ese sector, tal como lo hacen ahora por toda la institución.

La Colonia se constituye desde sus orígenes, a mediados del siglo XX, junto al Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” en Rosario y el Hospital “Dr. Emilio Mira y López” en la ciudad de Santa Fe como respuesta política sanitaria a la problemática del padecimiento mental en la provincia de Santa Fe. Debe su nombre al Dr. Abelardo Irigoyen Freyre, quien fuera, en el momento de su creación, Presidente del Departamento de Salud

1 La Reglamentación de la Ley N.º 10772 prevé la implementación Casas de Medio Camino bajo la modalidad de Viviendas Asistidas destinadas para pacientes estabilizados con un nivel de dependencia cuya asistencia requiera sostenimiento específico con un acompañamiento mínimo. Dichas viviendas se encuentran entre los Servicios Alternativos para la sustitución progresiva y gradual de los hospitales psiquiátricos. Se entiende por Servicios Alternativos todos aquellos dispositivos institucionales y comunitarios, clínicos, productivos, educativos y culturales que se orienten al sostenimiento de prácticas de asistencia al sufrimiento psíquico, que no sean expulsivas ni generen exclusión ni encierro de las personas, no atenten contra sus derechos humanos y permitan el desarrollo de sus capacidades y su inclusión en el ámbito comunitario. (Reglamentación Ley N.º 10772, 2006, Art. N.º 18)

Pública de la Provincia de Santa Fe, Ministro de Instrucción Pública, Organizador y creador del Ministerio de Salud Pública –el primero creado en Argentina en 1941–, autor de las leyes sociales y hospitalarias de la Provincia y miembro de la Academia Nacional de Medicina.²

En el año 1943, momento de su fundación, los dos institutos ya existentes para el tratamiento de la “patología mental” en la provincia (el Instituto de Alienados en Rosario - Hospital Augusto Ávila y el Hospital Psiquiátrico de Santa Fe - Hospital Mira y López), se ocupaban de la asistencia de enfermos agudos y de internación breve. Por lo tanto, se volvía necesario contar con un espacio donde poder alojar a los enfermos crónicos, de tratamiento prolongado. Pero además el proyecto de una colonia que se ubicara en un predio rodeado de naturaleza constituía un ejemplo de asistencia de avanzada en materia de psiquiatría de la época.

Rápidamente se estableció la prioridad de ocupar a los internos en tareas laborales, en tanto se consideraba al trabajo como salud. De este modo el paso siguiente lo constituyó “*la conveniencia de dar ocupación al enfermo, para que al mismo tiempo que disminuyese su ocio, con menor oportunidad para enfrentarse con los problemas de su afección, sirviera como medio terapéutico tendiente a su rehabilitación.*”³ Siguiendo este precepto se crea la Comisión de Laborterapia, se trata de “*un método que no recluye al paciente entre cuatro paredes, lo reivindica como hombre útil y redime para sí su condición de alienado*”⁴ y por otro lado se prevé de este modo que el Hospital pudiera autoabastecerse. Es necesario aclarar aquí que aquellos ingresos económicos que estas actividades generaban

2 Aguirre, J., “Colonia Psiquiátrica de Oliveros: una historia”, en *Archivos de medicina familiar y general*, vol. 11, N° 2, 2014.

3 Kassriel, S., “Métodos para la transformación de la Colonia Psiquiátrica en el moderno hospital de psiquiatría con proyección comunitaria”, en *Revista de Psiquiatría*, Vol. 2, año III, 1965, p. 77.

4 Nibeyro, R., “Terapia Ocupacional”, en *Archivos de medicina Familiar y general*, Vol. 11, número 2, 2014, p. 29.

para la institución de ningún modo se constituían en un pago para los pacientes por el “trabajo” realizado, sino que se destinaban a una “caja de la institución”. Dicha actividad fue duramente criticada muchos años después, a la luz de un nuevo paradigma en salud mental, el cual comenzaba a constituir al paciente como un sujeto de derechos.

En aquel momento de la fundación, la asistencia clínica se reducía a la brindada por médicos psiquiatras y enfermeros. La Colonia se constituía como “una pequeña comunidad” en donde todo podía resolverse dentro de su perímetro: asistencia psiquiátrica, policlínico, lavandería, criadero de animales, incluso existía una morgue. Alrededor del año 1965 ya se encontraban alojados 1400 enfermos y fue así como se fue construyendo la nominación de “Estación terminal”, en tanto no había políticas de externación que apuntaran a lo *comunitario* en el sentido de lo “exterior al hospital”, que promovieran la asistencia ambulatoria y estrategias de externación.

Lo comunitario se presenta, de este modo, haciendo referencia al menos a dos sentidos. Por una parte, lo comunitario en tanto la institución total como fue trabajado por Goffman⁵: “*la institución se constituía al modo de una comunidad*” y, por otro lado, haciendo referencia a aquello que permite constituir un exterior/externo a la institución, es decir establecer a la comunidad por fuera de la institución.

Actualmente, de acuerdo al parte diario de la Oficina de Estadística de la Colonia,⁶ se encuentran alojados 190 pacientes

5 “Una institución total puede definirse como lugar de residencia y trabajo, donde gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente “. Goffman, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2009, p. 15.

6 Dato que se obtiene a partir de la consulta realizada el día 18 de septiembre de 2017.

aprox. en 7 salas de internación (tres se cerraron en los últimos 5 años), un policlínico y una Unidad de asistencia en crisis (UAC).

La Institución que encontramos hoy, en todos los aspectos, tanto asistenciales como edilicios, es producto no sólo de políticas públicas impulsadas por las distintas gestiones provinciales sino también por resistencias, marchas y contramarchas del colectivo de trabajadores del campo de la salud mental. La apertura democrática y más específicamente la ley provincial de salud mental de 1991 permitieron constituir un nuevo marco de discusión de las prácticas en la institución. De este modo la institución se establece como escenario donde se expresan los distintos modos en que se ha ido organizando el campo de la salud mental; se dispone al modo de un tronco de árbol en cuyo corte transversal es posible analizar, a partir de los anillos de crecimiento, las distintas etapas que ha atravesado ese espécimen. En la institución esos rastros se presentan, en algunos casos, como marcas del pasado que reflejan la distancia con el modo en que hoy consideramos el abordaje en salud mental. En otros, como instancias de controversia, discusión acalorada y litigio que revelan la actualidad de esos “viejos modos” y, por lo tanto, la convivencia de prácticas que se respaldan en supuestos inconciliables. Así, al dirigirse hacia uno de los edificios que alberga oficinas y en cuya planta alta se encuentra la Dirección, sobre su pared de ingreso se encuentra una placa de mármol que da cuenta del momento de la inauguración de la colonia. Allí se inscriben los nombres de las autoridades del gobierno provincial responsable de su creación, todos esos nombres bajo la expresión con letras más grandes y resaltadas: *Colonia de Alienados*.

Si bien la institución en la actualidad se dispone de otro modo que aquella de los orígenes, no solo por las modificaciones edilicias, sino sobre todo por el modo de concebir la intervención en salud mental desde una perspectiva de DDHH (ley 10772 y ley 26657), no debemos perder de vista que el objetivo último es el cierre definitivo de estos lugares de encierro. Aquí, en el marco de

este proceso, se abre una discusión que a menudo se ha constituido en dos posiciones que por momentos confluyen y por momentos se alejan: ¿humanizar o cerrar el manicomio?⁷ Y ¿para cerrar qué es necesario abrir?

Dispositivo de Tránsito

Desde el mes de agosto de 2017 me encuentro participando como psicóloga en uno de los tres equipos del Dispositivo de Tránsito. Anteriormente formé parte de la Sala 1 de mujeres (Sala de ingreso). Los equipos de Tránsito están integrados por, además de un psicólogo, un médico psiquiatra, un trabajador social y un abogado. También forma parte de este dispositivo el equipo de enfermería.

El dispositivo de tránsito- comité de admisión-guardia es un dispositivo constituido a partir de la ley N.º 10772 del año 1991. En dicha ley se establece que solo podrán evaluar la pertinencia de la internación en un hospital psiquiátrico un equipo interdisciplinario de salud.

Reglamentación Ley 10772. ARTICULO 3º.- Los establecimientos de salud mental deberán conformar un dispositivo denominado comité de admisión, que tendrá a su cargo evaluar en todos los casos la pertinencia de la internación de conformidad con los lineamientos dispuestos por la ley de salud mental, por este reglamento y por el reglamento general

7 Los argumentos que sostienen esta discusión sitúan la problemática en cuanto al proceso de “cierre de los manicomios” y las políticas en salud. ¿Estas deben correr la mirada definitivamente hacia los dispositivos en la comunidad (fuera de la institución psiquiátrica) para que finalmente se cierre el “manicomio”? ¿No se corre el riesgo de “desasistencia”? Interrogantes que surgen en este marco: ¿si un trabajador se traslada desde la institución a un Centro de Salud, se debe reemplazar? O ¿hasta dónde invertir en reformas y modificaciones si la institución debe cerrarse?

*de hospitales que se transformen bajo la modalidad interdisciplinarios. Estos comités de admisión serán conformados en forma interdisciplinaria, y estarán integrados por profesionales de enfermería, psiquiatría, psicología, abogacía y trabajo social.*⁸

El dispositivo de tránsito se creó en la Colonia de Oliveros en el año 2010. Antes de la constitución del mismo, los equipos encargados de las admisiones eran rotativos, conformados por los mismos profesionales que asistían a los pacientes en sala. En la actualidad cada uno de los equipos interdisciplinarios de dicho dispositivo tiene a su cargo un número más reducido de situaciones, así como se mantiene la misma cantidad de enfermeros que el resto de las salas para un número menor de pacientes. En este sentido, su objetivo principal es ofrecer un espacio previo a las salas de internación y que la entrada al hospital psiquiátrico no sea directa a las mismas. Es decir, como hace referencia su nombre, se apunta a establecer cierto carácter provisorio, corto, en las internaciones, prevaleciendo la *lógica de transitoriedad* en las internaciones que se producen allí.

Si bien dicha lógica debería ser lo que orientara toda internación, es sabido que a lo largo de la historia de la institución psiquiátrica no siempre fue así. Incluso en muchas ocasiones, aunque se sostenga la premisa que una internación en salud mental debe ser acotada, esto no se logra. Actualmente, uno de los ejes que orientan las internaciones dentro del hospital monovalente se refiere a “*el menor tiempo posible*”⁹, en tanto toda internación es considerada como la estrategia más restrictiva. Sin embargo, en repetidas ocasiones las internaciones se prolongan más allá del tiempo “necesario” desde la lectura clínica, debido a que el pacien-

8 Decreto Reglamentario 2155/07 Ley 10.772.

9 El art. N° 15 de la Ley 26657 plantea: “*La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéutico interdisciplinarios...*”

te no cuenta con los recursos para sostenerse económicamente o no tiene a donde vivir. En muchas situaciones, aunque estas condiciones estén garantizadas, tampoco se logra la externación debido a características singulares de ese sujeto que le impiden convivir con familiares o por su propia cuenta.

Es importante remarcar que en sus comienzos la Colonia fue pensada para alojar a los pacientes “crónicos”. La creación de la institución bajo este mandato da cuenta de cierta concepción de la tríada locura-tratamiento-institución sostenida en las primeras décadas del siglo XX en Argentina, a partir de la cual los dispositivos de salud respondían a criterios sanitarios-positivistas que apuntaban a separar al loco de la sociedad. En ese momento dos elementos se consideraron fundamentales para la recuperación del enfermo: el contacto con la naturaleza y el trabajo.

La conversión de este proyecto de hospital para pacientes crónicos a Estación Terminal¹⁰, se desarrolló rápidamente. Así fue como de las 17 camas con que contaba en su inauguración, llegó a tener más de 1500 pacientes durante la década de 1960. Uno de los relatos que circulan sobre el “mito del origen” de la Colonia hace referencia a la historia de una chica que fue llevada allí como castigo. Era una mucama/criada y tuvo la osadía de enamorarse del dueño de casa, quien cedió ante sus atributos de belleza y seducción y, por este motivo, fue llevada a la Colonia por la esposa del infiel. Si bien este relato no tiene carácter de “hecho comprobable”, tampoco allí radica su importancia. Este funciona al modo de mito institucional que construye cierto imaginario en donde la Colonia aparece como ese lugar oscuro, denso, en donde no se sabe bien que sucede “adentro”. Tampoco quedan claros los criterios para que alguien pudiera ser internado allí, o quien tomaba

10 A partir del año 1983, con la apertura democrática en Argentina, se establece un Programa de Externación: “De estación terminal a un proyecto de externación”. Salazar Vargas, W., *Emergencias en tiempos y espacios. Colonia Psiquiátrica de Oliveros. De los 80 al siglo XXI. Reflexiones*, presentado en XXII Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría, Mar del Plata, abril del 2006.

esa decisión. Relata uno de los trabajadores actuales de la institución, quien es oriundo de la localidad de Oliveros, que cuando él era pequeño la amenaza reiterada por parte de los adultos con el fin de amedrentar a los niños era invocar a los locos de la colonia y la posibilidad de que se escaparan.

Desde el año 2010 el campo de la salud mental cuenta con una Ley Nacional N.º 26657 que lo regula. Desde ese momento se producen discusiones en torno a lo propuesto por la ley en distintos sectores donde se ponen en juego intereses, formaciones, modos de intervención instituidos, supuestos teóricos que sostienen la práctica. En este punto considero que este ha sido una de los “logros” más interesantes que ha tenido la ley: la discusión de las prácticas en salud mental. Dicha ley apunta a un cambio de paradigma en Salud Mental. De un paradigma médico psiquiátrico a un paradigma que concibe a la salud mental como proceso complejo influenciado por múltiples factores. (De un paradigma asilar a un paradigma sustitutivo). El marco general de elaboración de la ley es un escenario en donde se coloca la defensa de los DDHH como principio rector. La institución monovalente-psiquiátrica se encuentra en el eje de la discusión ya que la asistencia, hasta el momento en salud mental, ha sido hospitalocéntrica. El Comité de Admisión, como puerta de entrada a la institución, se torna en este sentido, un lugar estratégico para pensar y orientar las prácticas que apuntan a correr al “manicomio” de ese lugar asistencial predominante en Salud Mental.

En este sentido, al quedar ubicado el Hospital Psiquiátrico en el eje de discusión, aquellos trabajadores que llevamos adelante nuestra práctica en salud mental nos encontramos interpelados con el fin de repensar los modos de asistencia del padecimiento subjetivo. Específicamente el artículo 27 de la ley nacional indica el cierre de los hospitales monovalentes para el año 2020. Esta coyuntura genera situaciones de las más diversas en el ámbito del hospital: asambleas, plenarios y otros espacios institucionales donde los trabajadores nos encontramos a pensar, conocer, discutir,

proponer, acordar instancias de reformulación y transformación de la institución. Aparecen en escena miedos, fantasías, intereses, posicionamientos ideológicos que en ocasiones habilitan discusiones y en otras las aplastan. Por momentos también reina un silencio que abruma.

En estos intercambios se escuchan voces que reclaman “Derribar los muros del manicomio”. Pero, ¿Qué implica el manicomio? ¿Qué implica lo manicomial? ¿Hace referencia a un modo de institución? Y si así fuese, ¿estamos en condiciones de afirmar que si se “derriban los muros del manicomio” se acaba con el manicomio? Si sostenemos que lo manicomial determina una práctica, entonces, ¿se puede reproducir por fuera del manicomio? Si la institución es el manicomio ¿es posible sostener allí una práctica ética?

De este modo se impone la idea de que formar parte de una institución, en el sentido de llevar adelante una práctica profesional, implicaría desenvolverse en un marco de *conflicto*, y la participación sería entonces con cierto grado de *tensión*.

En un intento de despejar esta relación *conflicto* – *tensión* en el devenir de la institución, presentaré tres recortes de mi experiencia, organizados a partir de tres pares de opuestos. El modo de dicha presentación se debe más a una exigencia de teorización como recurso necesario para repensar la práctica, que a un reflejo de la práctica misma, en donde dichas distinciones se cruzan, se superponen, confluyen.

Tensión Universal / Singular

¿Qué decimos cuando decimos manicomio?

Aquí se torna ineludible retomar el concepto desarrollado por Goffman de *institución total*. Esta es descripta por el autor como una institución con tendencia totalizadora o absorbente sobre sus miembros en tanto impide la interacción social con el exterior, fa-

voreciendo y, sobre todo reforzando, el encierro, el aislamiento, la estigmatización, el borramiento de las diferencias. Los elementos que las caracterizan son: puertas cerradas, altos muros, alambres de púas, acantilados, ríos, etc.

El “correcto” funcionamiento de la institución se encuentra garantizado solo si se sostiene *un universal, un para todos*: el almuerzo se sirve a las 11.30 am, la ducha puede utilizarse a las 7am, el horario de visita es entre las 10 y 18 hs, no se permite el uso del celular, etc. Las normas y reglas institucionales existen como límite, como coto que permite ordenar lo que corresponde y lo que no corresponde, “lo que está bien y lo que está mal”. De este modo la norma permite un ordenamiento, un horizonte de lo posible: “No se puede hacer cualquier cosa”, pero también “Eso no es posible, pero esto sí”.

Desde el discurso analítico se vuelve necesario abrir aquí un interrogante: ¿cuál debería ser el sentido que guíe una intervención analítica? ¿Es el “para todos” de la institución? ¿Si no es esto, se puede prescindir de eso como marco? ¿Cómo poder hacer lugar a lo singular sin que esto sea interpretado como “amenaza institucional”? ¿Cómo servirse de la institución para ofrecer el escenario de emergencia para un sujeto?

En este punto se generan situaciones de tensión, en donde los actores institucionales quedamos atrapados en una - ¿ilusoria? - oposición entre lo que debería ser “para todos iguales” y aquello que hace a la intervención singular, en la que en muchos casos implica hacer concesiones, generar acuerdos distintos a los comunes, ir en contra del sentido común. Muchas veces se escucha: *¡No podemos hacer excepciones! Si cedemos en este caso ¿qué hacemos con el resto?* Se trata aquí de detenernos para pensar la categoría de la *excepción*. Pablo Fridman afirma que el psicoanalista no puede desentenderse de las consecuencias del Otro institucional en su clínica y en este sentido sostiene:

“El desafío de las instituciones asistenciales es pasar del ” para todos” de la norma, a la particularidad de la posición subjetiva de cada uno. O sea, someter el “siempre se hace así” (el tratamiento pautado, la terapéutica instituida), a la particularidad del uno por uno, sin crear allí una disputa de poder, una lucha imaginaria de discursos”.¹¹

Se supone que la intervención clínica apunta a incluir aquello que hace diferencia, es decir, constituir la vía para el tratamiento de un sufrimiento en singular a partir de su relato. La posición ética del caso por caso debe dirigir esta escucha y por lo tanto la “fábrica del caso”. Solo este acto permite sustraerse de la lógica que hace serie y dar lugar allí a la emergencia de un sujeto.

Ahora bien, si la práctica ética implica hacer lugar al caso por caso, no debe ser esta abordada en términos de excepción, ya que entonces se estaría haciendo lugar a lo universal en la institución, a partir de su par opuesto. La excepción se presenta como contracara o parte intrínseca de la totalidad. “La excepción confirma la regla”, aquí se ve plasmado, en este dicho popular, cómo un término necesariamente remite al otro. Por lo tanto, se vuelve necesario diferenciar por un lado la *excepción* de lo *singular* para ubicar otro par que permita abordar en su complejidad la práctica institucional: lo *universal* – lo *singular*.

Caso L. El capricho de lo singular.

L tiene 35 años en el momento de su llegada al hospital. Ingresar por primera vez en abril de 2009 acompañada por uno de los equipos pertenecientes al Programa de Asistencia e Intervención

11 Fridman, P., “El psicoanalista no puede desentenderse de las consecuencias del Otro institucional en su clínica” en *Revista Psicoanálisis y Hospital*, N.º 40, *La institución revisitada*, Buenos Aires, Ediciones del Seminario, 2011, p. 37.

Directa (PAID) y la policía, con una Orden Judicial Civil como “medida de protección de persona”. L vivía en una plaza de la ciudad de Rosario, se encontraba en situación de vulnerabilidad, según consideraron quienes la acompañaban.

Llega con todo su cuerpo cubierto por una tela, incluso su rostro. Esto no permitía saber si se trataba de un hombre o una mujer. En un primer momento se presenta como Carlos M., al menos así refieren quienes la reciben en la guardia. Luego dice que su nombre es L. Sólo a través de una hendidura se podía ver su rostro. Muy reticente al diálogo, se evidenciaba una clara desconfianza a todo y todos los que la rodeaban. Relata que en la plaza había gente buena y gente mala y que los chicos que habitualmente transitaban por ese espacio le tomaban fotos con los celulares porque querían saber si era hombre o mujer. Incluso en los primeros días en la guardia aparecía en ella la certeza de que había cámaras ocultas en las habitaciones y consultorios.

Ya en el pabellón de internación, al poco tiempo deja de cubrirse todo el cuerpo para cubrirse solo la cara. L. refiere no querer bajar al comedor porque allí recibe burlas por su aspecto y circulan muchas teorías respecto al porqué se cubre: “algo habrá hecho”, “se esconde por algo”.

Acordamos que por un tiempo desde el comedor pudieran enviarle la comida, ya que L. manifestaba mucho malestar en ese espacio. Esta estrategia intentaba establecer cierta empatía con ella, haciéndole lugar a su pedido, dándole crédito a su malestar. Pero este acuerdo generaba incomodidad en la institución. Como si hacerle lugar a lo singular, complicara el trabajo institucional. Una de las enfermeras en el pabellón explicaba: *La comida en el pabellón es para los pacientes que no pueden bajar, no podemos estar haciendo excepciones, sino después todos quieren comer en el pabellón.* Se entendía *por pacientes que no pueden bajar* a aquellos que tuvieran dificultades físicas. Es interesante pensar que L. tampoco podía bajar en este momento, aunque sus limitaciones no tenían que ver con una cuestión orgánica, pero esto no podía

ser tenido en cuenta porque traería inconvenientes con los otros pacientes.

En un momento L. comienza a sufrir incontinencia urinaria. No se deja revisar por la médica clínica del hospital, despliega todo el tiempo intentos por no tener contacto con nada que la relacione con el hospital. Por momentos este rechazo se ubica en relación con la confianza sobre el profesional en cuestión, médica, enfermero; por momentos todo lo relacionado al hospital le inspira desconfianza, no importa quien sea. Se presenta querellante, cuestiona la medicación, hace frente, no se calla. Esto es interpretado por muchos de los actores institucionales como caprichos, “*si contamos con un médico clínico para atender a los pacientes internados, para que quiere ir a otro lugar...*” Otra vez retorna, desde el imaginario institucional, la certeza de que si uno cede frente a este tipo de “pedidos inconsistentes” es en el marco de la excepción y por lo tanto enfrenta, haciendo tambalear al *todoinsitucional*¹². El pedido de L es realizarse estos exámenes médicos en el Hospital Centenario,

- *¿Por qué en el Hospital Centenario?*

- *Porque es el que está más cerca y además es lo que cualquiera haría.*

Pareciera que en la lógica de L consultar por algún padecimiento clínico en el hospital general, *lo que cualquiera haría*, lejos de ubicarla en un lugar de excepción, la convierte en una más. Quizás sea necesario ubicar aquí dos escenarios distintos: el que se configura dentro de la institución y aquello que se constituye por fuera. Gran parte de mi trabajo con L. se produjo en la sala de espera del Hospital Centenario como escenario en el cual intento establecer algo del orden del *espacio*, en el sentido de un adentro y un afuera.

12 Este término se presenta intencionalmente de este modo, fusionando dos palabras, todo e institucional para remarcar el carácter “arrasador” que presenta en muchos casos el “para todos” de la institución.

Los días pasaban y L. no se descubría el rostro. Se escuchaba en los pasillos de la institución, *L. no ha mejorado, no ceden los síntomas*. Es de destacar que al pensar el proyecto para construir con L. un afuera posible, por ejemplo, que L. pudiera vivir en una casa compartida, en un barrio, como lo haría *cualquiera*, aparecía la certeza que solo sería posible a “cara despejada”.

A partir de un pedido de la trabajadora social, L accede a cambiar el velo que cubría su cara por un gorro y un barbijo. Esto le permite pasar más desapercibida, ya que fue durante el invierno y la amenaza de la Gripe A estaba vigente. Los medios difundían todo el día información sobre ese flagelo, incluso desde enfermería se trabajó con los pacientes sobre el cuidado necesario para evitar el contagio. De este modo L no era la única en usar ese elemento en el rostro. Esto generó preguntas en cuanto a la dirección de nuestras intervenciones como equipo terapéutico. ¿Había que intervenir directamente sobre el descubrimiento de su rostro? ¿Qué implicaba esto para ella? ¿Cómo trabajarlo? ¿No era un modo de responder al malestar institucional, sin respetar lo singular en L?

El par institucional/singular nos conlleva a sostener la siguiente afirmación: Toda práctica institucional se desenvuelve en dos planos de intervención con dos lógicas opuestas/distintas: por un lado, el para todos institucional y por el otro lo singular del abordaje de un caso clínico. En este sentido es posible reconocer el carácter de tensión entre ambos planos. La práctica analítica en instituciones debe estar orientada por la pregunta ¿cómo sostener una práctica ética en la articulación entre estos dos territorios? Pregunta que lejos de constituirse como exigencia de respuesta acabada, tomaría el lugar de advertencia, en tanto quizás no se trate de prescindir de esta tensión o anhelar su prescripción sino reconocerla como un elemento de la clínica en instituciones.

*Tensión. Internación corta / internación prolongada*¹³

Ofrecer alojamiento (en tanto hacer lugar al tratamiento del padecimiento psíquico) / no prolongar una internación más allá de lo “necesario” (dictado por la clínica)

¿Cómo pensar la asistencia de un sujeto con padecimiento subjetivo en el hospital psiquiátrico? ¿Cómo producir espacios de alojamiento en un escenario donde el tiempo también es un elemento que se regula institucionalmente? ¿Cómo interviene el factor *tiempo* en la estrategia clínica? ¿Cómo inaugurar una internación entendiendo que la misma debe ser “lo más corta posible” sin que esto repita de un modo sintomático un rechazo y expulsión? “Lo más corta posible” es un enunciado que se menciona en la ley 26657 en referencia a las internaciones y que en varias oportunidades es utilizado por quienes llevamos adelante las entrevistas de admisión en relación a los tiempos de una internación. Dicho enunciado se presenta a modo de respuesta a la pregunta que surge en la mayoría de estas entrevistas: ¿Cuánto tiempo tengo que estar? De este modo, “Lo más corta posible” lleva implícito, a mi entender, un contenido que hace referencia a qué se entiende por *internación*. Es un enunciado corto, simple y desde ya bastante impreciso, pero incluye una promesa que hace referencia al tiempo: esa *estadía debe ser transitoria*. Ahora bien, ¿Cuánto tiempo es algo *corto* en cuanto a una internación? ¿A qué hace referencia lo *posible*? ¿Qué variables intervienen para definir la duración de una internación?

Desde cierta posición ingenua, en el sentido de lo “que debería ser”, de “lo ideal”, se podría sostener que tanto la decisión de una internación como su duración se encuentran orientadas por una lectura clínica, sin embargo, esas decisiones se producen en

13 La internación prolongada puede ser entendida como equivalente de “cronificación”. En esta presentación se los diferencia al entender que la cronificación de una situación no está determinada necesariamente por el factor tiempo (lapso de internación de una persona en una institución) sino sobre todo por la ausencia de proyecto terapéutico.

un marco más complejo. Estas se encuentran determinadas por múltiples factores, tanto en el caso de una *rápida* externación o en la *prolongación* de esta. En este escenario, el desafío en tanto analistas en instituciones psiquiátricas podría constituirse en *resistir el atropello de aquello que desdibuja el lugar cardinal de la clínica*, esta última entendida como aquella práctica que se construye a partir de lo singular de cada caso/sujeto/padecimiento. Es decir no se trata de negar que nuestra práctica se desarrolla en un marco más amplio que excede al analista-paciente en un consultorio, sino más bien de bregar por el reconocimiento del argumento clínico como el principio para la dirección del tratamiento de un caso: *¡Qué la clínica marque el norte!*

Caso S. Penélope y la espera en la encrucijada de la Salud Mental

S. ingresa con un cuadro de descompensación psicótica con características paranoicas, acompañado por el SIES y personal policial. Según relata su hermana, único familiar referente, S durante el último tiempo casi no salía de su domicilio, donde reside solo. Se encontraba en condiciones de falta de higiene y acumulación de objetos, incluso sin el suministro de luz por falta de pago. Tuvo varios episodios de heteroagresividad hacia sus vecinos (sin llegar a situaciones de gravedad) e incluso con su hermana. Dichas situaciones fueron denunciadas y tanto sus vecinos como su propia hermana manifestaban una gran preocupación por el regreso de S al edificio en donde se encontraba su departamento. A su vez S había abandonado el tratamiento ambulatorio que mantenía en el Hospital general cercano a su domicilio.

S se presenta tranquilo al momento del ingreso y despliega con cierta reticencia un relato de contenido delirante, donde él se constituye en objeto de persecución. Refiere escuchar voces detrás de su puerta que se refieren a él. Si bien ingresa con una orden judicial, S acepta la estrategia propuesta por el equipo que lo recibe de

permanecer internado, aunque siempre manifestó su deseo de estar nuevamente en su casa. Por momentos el pedido de regresar a su domicilio se transformaba en el único elemento a trabajar durante las entrevistas.

A pesar sostener entrevistas en el marco de la internación y aceptar, con mucha dificultad y resistencia, cierta medicación, no hay registro de su parte de padecimiento y, por lo tanto, tampoco de necesidad de tratamiento. La situación de S. se presenta como compleja, en cuanto a la posibilidad de establecer una estabilización de su cuadro psíquico como también en el restablecimiento de su vivienda como opción para él. Esta complejidad se encuentra acrecentada además por el tiempo prolongado en que S se encontraba en dichas condiciones sin que su familia o terapeutas pudieran intervenir para su asistencia.

Luego de dos permisos terapéuticos en los cuales S. pudo realizar tareas y trámites acordados, respetar horarios y volver al hospital de acuerdo a lo programado con el equipo, se organiza un tercer permiso. En éste se acuerda con el paciente y su hermana, prolongar el mismo para que S. pudiera dormir en su casa y al día siguiente sería buscado por un trabajador de la Colonia. Sin embargo, S. al momento de su regreso a la Colonia se resiste. Desde el equipo terapéutico se trabaja con su familiar para constituir nuevamente las herramientas jurídicas que garanticen el regreso de S en contra de su voluntad.

Durante las entrevistas, ya de vuelta en la Sala, S. se muestra muy preocupado y con cierto tono querellante en cuanto a sus derechos. Refiere insistentemente que hace mucho tiempo que se encuentra “privado de su libertad” y desea regresar a su casa. Durante los días que estuvo ausente del hospital, se dirigió a distintas oficinas ya sea en tribunales como dependencias policiales con el fin de solicitar ayuda. También concurrió al hospital general para entrevistarse con el médico con quien sostenía el tratamiento ambulatorio, a quien no encuentra. Por otra parte, demanda poder cobrar él mismo un ingreso económico (alquiler de un inmueble

familiar) que le corresponde a partir de un acuerdo con su hermana y que desde su internación lo cobra ella para pagar gastos de arreglo del departamento del paciente. Desde el equipo del Hospital, teniendo en cuenta esta situación, se solicita al Juzgado que interviene una audiencia en donde se puedan abordar estos puntos junto a S. y su familiar, en el marco de una instancia jurídica y ante el juez como terceridad y garante de derechos. Esta instancia se concreta antes de su externación.

La internación de S. se prolongó por tres meses aproximadamente. Durante ese tiempo estuvo alojado en la sala Tránsito del Hospital. En dicho dispositivo se estipula que las internaciones se acotan a un mes aproximadamente ya que al ser la primer sala de ingreso presenta características singulares en relación a las otras salas (solo 12 camas, tres equipos interdisciplinarios que cubren todos los días de la semana, turnos con 3 enfermeros) Su objetivo principal es ofrecer un abordaje intensivo que permita rápidamente garantizar condiciones para que esa persona pueda regresar a donde residía y sostener un tratamiento ambulatorio. Desde ya, el abordaje de esta situación excedió el lapso de tiempo estipulado de internación. En los casos en que este “exceso” se presenta, comienza a plantearse en la sala a modo de interrogante: “¿Hasta cuándo tiene que quedarse?, ¿no debería pasar a sala común?”. Estas preguntas, entre otras, en ocasiones se constituyen al modo de interrogante necesario de toda práctica ética pero también por momentos se vuelven exigencias formales que pueden obstaculizar el tratamiento. En relación con la situación de S., para poder abarcar la complejidad que implicaba, no sólo fue necesario el trabajo con S., el “sujeto que padece”, sino también con otros: familia, amigos, vecinos para intentar la reconstrucción de lazos que le permitan a S. la convivencia con ellos. En este punto, desde el equipo se intentó generar condiciones en el “afuera” que le permitan ser bien recibido por sus vecinos y contar con cierto acompañamiento por parte de su único referente familiar, lo cual incluía administración del dinero, asistencia para garantizar la compra de alimentos

y otros productos que hacen a la vida cotidiana, entre otros puntos. También se propuso la posibilidad de incluir un Acompañante Terapéutico como figura que pueda asistir a S. en la cotidianidad cuya gestión también conlleva un tiempo de espera administrativo. Esto, junto a la espera de la instancia clínico-jurídico sostenida en el marco de una audiencia, provocó más “demora”.

¿Puede quedar supeditada una externación a la concreción de todas estas instancias, que, si bien se incluyen dentro del “proyecto clínico”, sus tiempos son de diverso orden? ¿Si uno avanza en el proyecto clínico sin “esperar” estos movimientos, no estaría empujando al sujeto a un fracaso asegurado? ¿Cómo sostener una posición ética entre el tiempo de las instituciones y el tiempo de la clínica?

Tensión. La ley - Lo jurídico / La clínica.

En una ocasión, en el marco de una conversación con una colega, esta refiere con un tono entre sorprendida y molesta: *Ustedes en la Colonia mucha ley y poca clínica*. Este enunciado expone cierta tensión entre el marco legal de las prácticas y la dirección clínica en los tratamientos. Incluso a partir de este enunciado pareciera desprenderse no solo cierta tensión, sino una oposición entre estas instancias.

El campo de la Salud mental se encuentra regulado por leyes que no sólo lo organizan, sino que al mismo tiempo lo constituyen. Toda ley a través de su letra construye un modo de pensar el campo al que hace referencia, en este caso el de la Salud Mental. En este punto podemos ubicar cierto carácter performativo de la ley, en tanto crea “lo real” al nombrarlo, siendo de este modo acto fundador del campo que define y regula.

En la provincia de Santa Fe existe una ley, la ley N.º 10772 que regula dicho campo desde el año 1991 y en el año 2010 se aprueba a nivel nacional la ley N.º 26657. Ambas leyes establecen qué se

entiende por salud mental, quienes son los sujetos autorizados a intervenir, cómo se constituye el sujeto que sufre en su salud mental: enfermo, sujeto con padecimiento psíquico, paciente, entre otros.

Ahora bien: ¿corresponde/ es pertinencia de la letra de la ley determinar cuál es la dirección clínica que debe orientar las prácticas? ¿Si la ley es entendida como marco que regula las prácticas, qué relación establece con las intervenciones en singular? ¿Cómo orientar la práctica en relación a entender una internación como última estrategia (la misma es considerada por la ley N.º 26657 como la más restrictiva) sin provocar un efecto expulsivo?

El hospital monovalente como efector de salud se encuentra regulado no solo por la ley de salud mental, sino también por una serie de leyes y regulaciones que hacen al sistema de salud pública y de salud en general. En este sentido el hospital monovalente es un efector en un sistema de salud que incluye otros niveles de atención: Atención Primaria de la Salud (APS), Hospitales Generales de mediana y alta complejidad. Pero además el hospital forma parte de otro sistema más amplio en donde se incluye el sistema jurídico, por ejemplo. Una persona puede ingresar a un hospital monovalente por una intervención judicial, ya sea civil o penal. Por lo tanto, el hospital se encuentra en diálogo con otras instituciones que forman parte del entramado social que no son necesariamente efectores de salud.

Caso K. Se ordena la internación: salud ¿vs? control

K. es un joven de 29 años que se presentó en la institución acompañado por personal policial. Se encontraba detenido/demorado en una comisaría desde hacía tres días. El motivo de su detención fue una pelea en la vía pública en la que participaron él y su esposa. Aparentemente él se encontraba alcoholizado y agredió verbalmente a su esposa, luego se mostró querellante con un

oficial de la policía que se presentó al llamado de su esposa. En este episodio K tenía en su poder un cuchillo con el que estaba cocinando.

El traslado de K al Hospital monovalente coincidió con un hecho con el que si bien no se relaciona de un modo directo, es posible suponer cierto vínculo. Dicho traslado se ordenó el mismo día en que es encontrada muerta, luego de varios días de búsqueda, una joven cuya desaparición se había vuelto un tema muy conocido y renombrado a nivel nacional. Varias cuestiones particulares convirtieron el caso en un caso paradigmático. Por un lado, quien la mató era un hombre con antecedentes penales y había sido acusado de al menos dos casos de abuso sexual comprobados. Por otro, el homicida gozaba de libertad debido a que un juez, sin tomar en cuenta los informes del equipo de terapeutas de la cárcel, le otorgó la libertad anticipada, decisión legítimamente posible de acuerdo a las leyes vigentes. A su vez la joven era una activa militante por los derechos de las mujeres y por tanto su crimen volvía a poner en primer lugar, con mayor fuerza sobre todo en los medios de comunicación, una problemática tan actual y compleja como es la violencia de género.

En este contexto K. llegó al hospital psiquiátrico. El oficio con el cual fue acompañado refería en letra grande y resaltada, sobre el encabezado: *Se ordena la internación*. Este oficio fue firmado por un juez. No se acompañaba con informe clínico que indique el motivo de la “derivación”. Toda la situación era llamativa, no solo si tenemos en cuenta el contexto sino también el modo del “pedido”. Desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, el Juez solo puede solicitar el pedido de evaluación de un caso, no ya ordenar una internación. Esto se debe a que se prioriza el criterio clínico para decidir sobre el tipo de asistencia que debe recibir un sujeto, y si se considera la internación ésta se evalúa en relación al riesgo para sí o para terceros en el que se encuentra ese sujeto. Dicha decisión no se basa (o no debería hacerlo) en términos de “peligrosidad”, categoría propia del campo jurídico.

Luego del comité de admisión, el equipo interdisciplinario evaluó que K. no reunía criterios para permanecer internado en la institución. Sin embargo, no es posible revertir en casos penales, al menos a corto plazo, la decisión del juzgado de que este sujeto permanezca allí. Es de remarcar que de acuerdo a lo que K. relata, su defensor le solicitó que no emitiera opinión frente al Juez, previo al traslado, ya que “esto se resolvería rápidamente”. Esto lo ubica a K., de acuerdo a lo que despliega en la entrevista, en una posición de mucha impotencia y angustia. “No pude defenderme”. Dicha situación no es llamativa ya que se viene presentando, con mayor frecuencia en los últimos meses, el traslado al hospital de personas con causas penales porque se entiende que es menos nocivo/complejo/peligros... estar internado en un hospital psiquiátrico que detenido en una comisaría.

¿Cómo pensar esta relación entre el discurso jurídico y el discurso de la clínica? ¿Cómo sostener una práctica ética bajo el influjo de tan disímiles y variadas condiciones?

Reflexiones finales

Hago un pozo
 Para buscar una palabra enterrada.
 Si la encuentro,
 la palabra cerrará el pozo.
 Si no la encuentro,
 el pozo quedará abierto para siempre en mi voz.

La búsqueda de lo enterrado
 supone adoptar los vacíos que fracasan.

ROBERTO JUARROZ, *Poesía vertical*.

En las tres viñetas anteriormente presentadas insiste una preocupación: la de sostener una práctica ética. El hospital, como

contexto de producción de ésta, se encuentra determinado por múltiples dimensiones: lo singular, el “para todos”, el “cada uno”, la ley, la clínica, la historia de la institución, los imaginarios institucionales, los ideales, lo jurídico,... la lista continúa y sería interminable. Dichas dimensiones se oponen, enfrentan, convergen, se apartan y se encuentran. En este sentido podría sostenerse que llevar adelante cierta práctica en la institución no es por fuera de este entramado que se presenta al modo de un escenario determinado por el *conflicto* entre estas dimensiones. La tensión se presentaría como efecto de éste, y si bien podría pensarse que incomoda en la práctica, también es posible representarla como aquello que presta la firmeza, “lo tenso”, lo que da estructura.

El planteamiento del término *conflicto* y el reconocimiento de su carácter intrínseco en la vida institucional, nos lleva a ubicar en Freud el lugar que le otorga a este concepto a lo largo de su obra. Es fundamental en toda su producción teórica la categoría de conflicto psíquico, desarrollado sobre todo en los textos de metapsicología. A su vez, uno de los puntos a destacar en relación al *conflicto*, es el desarrollo que realiza Freud en el texto “*El malestar en la cultura*”. Allí James Strachey, en la introducción, plantea que dicho texto se ocupará de “*el irremediable antagonismo entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura*”¹⁴. Es decir, no hay modo, en tanto el sujeto es un sujeto que convive con otros, de que pueda librarse de ese conflicto. Freud desarrolla en dicha obra aquellas *luchas* que se presentan en la vida anímica de los seres humanos y en la vida en general. En este sentido, plantea a la neurosis como el desenlace de una lucha entre el interés de la autoconservación y las demandas de la libido, lucha que le ha significado al yo un triunfo al precio de graves sufrimientos y renunciaciones. A lo largo del texto Freud expone un concepto de cultura y la relación de los individuos con respecto

14 Freud, S., “El malestar en la cultura”, en *Obras Completas*, Vol. XXI, Buenos Aires, Amorrortu, 2004, p. 60.

a ésta. Hace mención a la necesidad de los seres humanos de ser ligados libidinosamente entre sí a pesar de existir evidentes fuerzas que tienden a la hostilidad entre unos y otros. En este sentido Freud expone:

“...ha dejado de resultarnos oscuro el sentido del desarrollo cultural. Tiene que enseñarnos la lucha entre Eros y Muerte, pulsión de vida y pulsión de destrucción, tal como se consume en la especie humana. Esta lucha es el contenido esencial de la vida en general...”¹⁵

Laplanche, en relación al término *conflicto* en la obra de Freud, sostiene que si bien este último ha desarrollado distintas concepciones, siempre buscó referirlo a un dualismo irreductible, una oposición casi mítica entre dos grandes fuerzas contrarias.

En este punto es interesante detenerse para pensar la institución. Si bien el conflicto, y la tensión que conlleva, no necesariamente se presentan bajo la forma de un dualismo, (frente a una situación pueden exponerse más de dos lecturas de la misma), sí se impone el carácter irreductible del mismo. No hay modo de hacer en la institución por fuera de ese irreductible. Podría arriesgarse que no existe la institución por fuera del mismo y, por lo tanto, cierta posición incómoda se vuelve un estado. ¿Será posible capitalizar este estado para conformar lo que conocemos como posición del analista? O ¿Cómo generar las condiciones para que ese estado inherente al hecho de conformar una institución se convierta en un estar analista¹⁶? Me refiero, de este modo, a sostener abierta la invitación a la pregunta, al sin sentido, a lo contradictorio, incluso a lo irritante, como posición incauta que alberga lo expectante, la incertidumbre.

15 Op. Cit. p. 118.

16 *Estar analista*, es un concepto desarrollado por Fernando Ulloa para referirse al lugar del analista.

En este punto podemos encontrar en Marcelo Percia una categoría propuesta por el autor que nos permite analizar ese lugar a ocupar en la institución: *Inconformidad*. Percia sostiene que la inconformidad es primordialmente angustia de las formas, como un estado que no es de infelicidad como la insatisfacción, sino más bien como un estado de “*resistencia alegre: alegría como entusiasmo que se sale de las formas y resistencia como sabiduría al modo de combatiente que, a pesar de no poder doblegar a su adversario, no renuncia ni resigna su potencia disidente*”.¹⁷

De este modo es posible representar la práctica en instituciones como un espacio de resistencia a las formas (en el sentido del “para todos”) y el escenario de esas prácticas como un lugar donde se contraponen lo instituido con aquello nuevo que se presenta para conmoverlo. En este contexto de complejidad y atravesamiento de múltiples dimensiones no es sencillo maniobrar. Continúa Percia, “*No es fácil asistir al momento en el que las formas se debaten entre seguir siendo o animarse a ser lo que no son, lo que ni imaginan que podían ser*”.¹⁸ Debemos estar advertidos de las particularidades de este *estar institucional*, por momentos trabajo impracticable, en otros quimérico pero necesario para habitar la institución. Este podría resumirse, tomando lo propuesto por el autor, en un *estar inconforme*:

“Inconformidad no es condescendencia con extravagancias y caprichos, conductas informales y exóticas, tratos sociales no solemnes y descontracturados. Inconformidad no es un gesto, un estilo o una costumbre, sino una posición crítica ante el mundo y nosotros mismos. Crítica como trabajo que piensa contra los automatismos del sentido común: resistencia a las complacencias secretas con el poder y revuelta de poten-

17 Percia, M., *Inconformidad. Arte, política y psicoanálisis*, Buenos Aires, Ediciones La Cebra, 2010, p. 13.

18 Op. Cit p. 7

cias prisioneras en esa fortaleza construida como forma de la mayoría”.¹⁹

Si afirmamos que no es posible prescindir de cierta lógica de conflicto/tensión en la institución, entonces aquellos que formamos parte de ella, lejos de acallar el conflicto, debemos sostenernos de un modo *crítico* frente a él. Uno puede demorarse en la búsqueda romántica de una calma mentirosa o animarse a pensar y hacer en lo contradictorio sin perder de vista la responsabilidad de una práctica ética. Retomando las palabras de Juarroz se tratará, quizás, de soportar no tapar el pozo, aunque esto implique desenvolverse en un terreno poco firme.

19 Op. Cit p. 11

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIRRE, J., “Colonia Psiquiátrica de Oliveros: una historia”, en Archivos de medicina familiar y general, vol. 11, N° 2, 2014.

FREUD, S., “El malestar en la cultura”, en Obras Completas, tomo XXI, Buenos Aires, Amorrortu, 2004, p. 60.

FRIDMAN, P., “El psicoanalista no puede desentenderse de las consecuencias del Otro institucional en su clínica” en Revista Psicoanálisis y Hospital, N.º 40, La institución revisitada, Buenos Aires, Ediciones del Seminario, 2011, p. 37.

GOFFMAN, E., Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Buenos Aires, Amorrortu, 2009, p. 15.

KASSRIEL, S., “Métodos para la transformación de la Colonia Psiquiátrica en el moderno hospital de psiquiatría con proyección comunitaria”, en Revista de Psiquiatría, Vol. 2, año III, 1965, p. 77.

LAPLANCHE, J., y PONTALIS, J., Diccionario de Psicoanálisis, Barcelona, editorial Labor, 2004.

NIBEYRO, R., “Terapia Ocupacional”, en Archivos de medicina Familiar y general, Vol. 11, número 2, 2014, p. 29.

PARODI, M., y otros, Estado de situación, avances y obstáculos en la implementación de la Ley de Salud Mental en Santa Fe. Experiencia Oliveros, trabajo presentado en las V jornadas de Psicoanálisis y Políticas Públicas, organizadas por la cátedra libre Oscar Masotta.

PERCIA, M., Inconformidad. Arte, política y psicoanálisis, Buenos Aires, Ediciones La Cebra, 2010, p. 13.

SALAZAR VARGAS, W., Emergencias en tiempos y espacios. Colonia Psiquiátrica de Oliveros. De los 80 al siglo XXI. Reflexiones, presentado en XXII Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría, Mar del Plata, abril del 2006.

DOCUMENTOS

Ley N.º 10772. Provincia de Santa Fe. Año 1991 disponible en www.santafe.gov.ar

Ley Nacional de Salud Mental. Año 2010 disponible en www.msal.gov.ar

Praxis como categoría soporte de un trayecto

PSIC. JORGELINA GRASSIS*

*Actualizando tiempos-
Enunciando Experiencias
Enunciamos Funciones*

¿Cómo recuperar el deseo de pensar lo impensable, de sostener la tensión y el conflicto entre el deseo y su imposible satisfacción?

Pregunta que enuncia Eduardo Gruner en el capítulo sobre *La Cosa política*.¹ A esto lo nombra como la intemperie del “*ser político*” y, para abrigarse, conceptualiza tres experiencias fundantes de la cultura: la experiencia de lo *trágico*, de lo *poético* y de lo *político*.

Me propongo hacer un trayecto de escritura sobre experiencias laborales, del cual pueda advenir alguna inscripción posible de una praxis.

La primera de las experiencias es la propia. Enunciaré algo de mi recorrido como trabajadora en el campo de lo público, comenzando desde el tiempo que inicié funciones en la Dirección de Niñez, donde actualmente estoy trabajando. Luego describiré dos experiencias en dos Centros Residenciales, en dos hogares, con los

1 Gruner, E., *El fin de las pequeñas Historias*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

*JORGELINA GRASSIS: Psicóloga. Psicoanalista. Especialista en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia, UNER. Integrante del Programa de Fortalecimientos de Centros Residenciales en la Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Santa Fe. Docente a cargo del Seminario: “Lecturas ético políticas de las intervenciones clínicas posibles en el campo de las infancias y juventudes”.

cuales a lo largo del año 2016 pudimos sostener y sistematizar un trabajo colectivo.

Por un lado, el campo de lo público, me invita, a seguir lecturas; Barthes en “*Escribir la lectura*”: “¿no os ha pasado nunca eso de leer levantando la cabeza?”²; podría parafrasearlo y decir, ¿no os ha pasado nunca eso de *mirar* levantando la cabeza?; o ¿no os ha pasado nunca eso de *escuchar* levantando la cabeza o la oreja?; o ¿no os ha pasado eso de *atender* levantando la cabeza?

Esta pregunta que remarca ese momento, ese tiempo del instante, ese Kairos, que puede hacer posible el antes y el después; un tiempo constitutivo tan importante, que después a modo de recuerdo, se vuelve presente. Darles tiempo a los encuentros con los otros, eso es un gran desafío.

Por otro lado, el trabajo en lo público autoriza a la vez que interpela sobre el hacer ético clínico, cómo ir legitimando la función del psicólogo, más allá o más acá de los “cambios de paradigmas”. De lo tutelar a lo restitutivo, del niño cómo objeto de custodia a al niño cómo sujeto de derecho, lo que insiste a través del tiempo, lo que me interpela es la dinámica siempre fija de los campos de poder en las profesiones; el discurso jurídico y el discurso médico, que lejos del espíritu que las legalidades actuales (ley de niñez, ley de salud mental) quieren imprimir, van cobrando autoridad en el sufrimiento, en tanto los psicólogos-psicoterapeutas-analistas quedamos debatiendo epistemológicamente “posiciones nuestras” mientras otros cobran protagonismo en lo popular, en lo público...

Descubro y re-descubro que atravesar³ el discurso psicoanalítico potencia, no sólo la dirección de una cura en un tratamiento con un analizante, sino una estrategia con una situación, potencia un tratamiento del “qué hacer”, inscribe límites, fabrica condicio-

2 Barthes R., “Escribir la Lectura”, en *El susurro del lenguaje*. Más allá de la palabra y la escritura, Barcelona, Paidós, 1987, P. 35.

3 Con atravesar me refero, a disponerse a un análisis, a la autorización que este conlleva, a sostener una pregunta, fundamentalmente a soportar un saber no sabido ...

nes para desplegar preguntas, desnaturaliza dichos, abre categorías para pensar.

¿Cómo colectivizar una praxis del psicoanálisis en el campo de lo público?

Una experiencia de lo político

La experiencia de lo político, dice Gruner, es anterior a la política. Enuncia que “*las teorías institucionalistas de cualquier tipo, en este marco, son estrictamente incapaces de dar cuenta (más bien están interesadas en no hacerlo) de la lava subterráneos que bulle bajo sus solemnes y equilibrados edificios*”.⁴

La Dirección de Niñez es uno de los lugares donde trabajo, depende del Ministerio de Desarrollo Social Provincial. Entre uno y dos días por semana mi lugar de trabajo es la *oficina*; allí me dispongo con la mayor de las templanzas comenzar a primera hora esa jornada que, si bien suena algo disonante al ritmo de mis elecciones, por ahora es necesaria “*administrativamente*” para desarrollar el trabajo en los Centros Residenciales.

El edificio donde funciona la Dirección de Niñez, está ubicado en la cortada Ricardone⁵ entre el restaurante de un hotel y la cochera. Antes en ese edificio funcionaba una financiera. Ahora lo alquila la Dirección de Niñez. Si no fuera por la placa que dice “Dirección de Niñez”, o la inscripción en el vidrio que hace referencia a la Subsecretaría, no habría marcas que relacionen a este edificio con los niños o con los adolescentes.

La sala de entrada, el hall de ingreso, me recuerda al hall de algunos bancos, el orden de las sillas da la imagen de cierto espacio detenido.

4 Gruner, E., *El fin de las pequeñas historias*, Op. Cit., p.337.

5 Si realizo una lectura vía significativa, me detengo e intento estar advertida de aquellos momentos en los cuales la *cortada* se transforma en una *coartada*.

Pisos opacos, paredes oscuramente claras.

¿Juegos?, ¿Televisión?, ¿sillones?, ¿equipos de mate?, ¿computadoras para que jueguen los chicos/as?, ¿música? Podría seguir enumerando algunas faltantes más, pero lo que intento describir es ese espacio.

Impacta la ausencia de alojamiento.

El sonido es más cercano al murmullo, gente que va y que viene.

Al final de un fino y no tan largo pasillo, está “*la oficina*”, llena de papeles y hojas.

Una ventana que da a un patio interno donde hay algunas plantas, aunque no entra el sol, da una sensación de posibilidad.

Trabajamos 9 personas en una oficina que no tiene más de quince metros cuadrados. Dos computadoras, una mesa y 8 sillas componen este espacio.

En esta descripción hay algunas preguntas que se me imponen, además de la más visible, ¿dónde se sentaría la 9na de las 8 personas que ocupamos la oficina?

Volviendo a las posibilidades, ¿Cuándo y cómo fue el momento en que algunos pensaron que “*un ejército de profesionales*” detenidos en un edificio administrativo serían los responsables idóneos de definir, fundamentar y pensar decisiones “judiciales”?

Lejos de pensar una respuesta, sostengo el cuestionamiento que portan para sostenerme en un lugar de analista, alejándome de “*lo que debería haber*”, de lo que “*debería hacerse*”.

Advirtiendo esa crítica moral, intento bordear las líneas de fuerza del *bien hacer* y del *bien decir* que tanto impera cómo lógica en la Dirección, para así, inscribir y habilitar una experiencia, sostener una práctica cómo analista en el campo de la restitución/reparación y promoción de derechos de niños, niñas y jóvenes.

Esta Dirección está conformada, a su vez, por diferentes programas y equipos que tienen como finalidad restituir y promover derechos de las niñas, niños, adolescentes y familia.

El Programa del cual formo parte recibe un nombre administrativamente, a saber “*Programa de Fortalecimiento de las Con-*

diciones y Prácticas de Alojamiento en los ámbitos de Cuidados Alternativos para Niñas, Niños y Adolescentes”, nombre administrativo, con carácter de Decreto que, establecido en el año 2013, posibilita un marco para definir estrategias y prácticas.

Administrativamente se ajusta a las “nuevas legalidades en esta temática”.⁶

Un programa es un marco de trabajo que delimita y define ampliamente acciones posibles para desarrollar en los espacios conocidos históricamente como hogares, albergues, espacios donde por un tiempo determinado viven niños, niñas y adolescentes.

Los Centros Residenciales (conocidos como hogares) oficiales, públicos y/o estatales, en Rosario son seis y dependen no del municipio, sino de la provincia. Los Centros Residenciales conveniados (ONG) de la zona sur de la provincia, son aproximadamente nueve, a los que se suman dos nombrados de co-gestión y dependen de una ONG. En este último caso el Estado sostiene los trabajadores y la ONG las casas, también en el aspecto tanto económico como técnico profesional.

A modo de presentación, situó algo en relación a mi transitar en la Dirección de Niñez. Esta experiencia de trabajo, necesaria, aunque no suficiente para situar una praxis.

Comencé a trabajar en septiembre del 2011, en el marco de lo que fue la Intervención del “Hogar del Huérfano”, institución que después de la intervención (desde agosto 2011 hasta abril 2012), cierra. Desde un comienzo supervise mi práctica, así algo del acontecimiento como razón comenzaba a delinearse... Celebro

6 Digo *nuevas*, refiriéndome no al tiempo cronológico, sino al tiempo de su implementación y uso social. La coexistencia de dos paradigmas, conocidos como Patronato y Protección Integral, de dos modos de ver y entender las problemáticas sociales en materia de derechos en niñez y juventudes es vigente. Si bien ya llevan aproximadamente una década desde que las promulgaron, las leyes de Salud Mental y de Niñez, son marcos, pero cómo decía Voltaire las leyes muchas veces están más adelantadas que nuestras costumbres. Son marcos que posibilitan generar estrategias que apuesten a la transformación de los modos de abordar las problemáticas actuales.

ese espacio de supervisión cómo condición necesaria para sostener una escucha y definir una dirección de trabajo en un escenario institucional.

Luego fue el cierre del hogar, casi “*sin darme cuenta*”⁷ de todo el trabajo realizado, casi sin tomar un tiempo para inscribir dicho trabajo, y *descuidando* intervenciones que la supervisora de dicho espacio puntuaba; a saber: que continuemos trabajando con las situaciones de niños, niñas y adolescentes que fuimos egresando, que realicemos un seguimiento de que fue pasando, que efectos tuvo dichas intervenciones en la vida de estas familias y niños.

Digo que *descuidé*, ya que puse en consideración esa propuesta a las autoridades políticas, y ellas la desestimaron, sugiriendo que trabajemos en otros espacios. Descuido en relación a la posición que tomé, algo sumisa, algo vacilante... Descuido o falta de acción cómo razón...

Luego comencé a desempeñar tareas de coordinación hasta fines del 2013, acompañando la gestión⁸ en otro Centro Residencial, Hogar, esta vez oficial, Ho.Me.Ma., (Hogar de Menores Madres)⁹.

En el mismo año legalizan, en carácter de Decreto y de Resolución, respectivamente, el Programa -del cual hoy formo parte- y los “Estándares de Calidad de Prácticas y Condiciones de Alojamiento”; ambos referidos al alojamiento residencial de Niños, Niñas y Adolescentes.¹⁰

7 Es otro punto a pensar “hacer cuentas” a contar, a re elaborar, analizar.. y fundamentalmente a comenzar a nombrar

8 El trabajo en dicho Centro fue muy intenso. Estaba muy comprometida con ese trabajo.

9 HoMeMa es un Centro que se funda en el año 1983, junto con otro, el Centro Residencial Casa de la Niña. Homema, es una institución que aloja entre 12/15 niñas y adolescentes de entre 13 y 18 años de edad, algunas de ellas son madres. En el momento de su inauguración se planteaba la posibilidad de que aloje hasta 30 niñas y adolescentes. Hoy, en este Centro cómo en los otros el número de niñas alojadas disminuyo, entendiendo que la capacidad para alojar las singularidades actuales es diferente.

10 Cabe aclarar que la Dirección de Niñez cómo organismo público aún no cuenta

Que un Programa tome la condición de Decreto, implica que el Gobernador lo firmó; a diferencia de las Resoluciones que como figuras administrativas tienen alcance ministerial, es decir, llevan la firma del ministro.

Tanto las figuras administrativas (los decretos y las resoluciones) como las leyes son herramientas, son reglas, marcos que nos permiten ir conociendo algunos de los límites instituidos.

Al año siguiente, a comienzos del 2014, comencé a formar parte del Programa, y construimos como premisa para trabajar ya no en un sólo centro, sino, desde otro lugar, en los seis Centros, la posibilidad de *colectivizar el trabajo en los Centros Residenciales oficiales*, para definir prácticas que hagan de las palabras, del diálogo verdaderas herramientas de trabajo. A su vez, por parte de los funcionarios había cierta apertura, cierta disposición a lo nuevo que inauguraba un escenario de trabajo prometedor.

Enuncio “*colectivizar el trabajo en los Centros Residenciales oficiales*”, lo cual materializamos por un lado, pautando reuniones quincenales, primero con los directores y luego sumando también a esos encuentros a los profesionales de cada Centro¹¹; y por otro,

con una estructura organizacional reglamentada, legalizada. Cierta Fricción de lo simbólico y lo real insiste, desde una posible lectura, en este punto. Es decir, cada funcionario, sea director, subsecretario, secretario, cuando toma la gestión del organismo tiene más discrecionalidad para definir tanto su organización como disponer el armado, articulación y desarticulación, de equipos de trabajadores. Que un Programa tome la condición de Decreto, implica que el Gobernador lo firmó; a diferencia de las Resoluciones que como figuras administrativas tienen alcance ministerial, es decir, llevan la firma del ministro.

11 De los seis directores de los Centros Residenciales oficiales tres son Psicólogos/as. Los equipos técnicos están compuestos por psicólogos (al menos uno por Centro), técnicos en familia y niñez, Trabajadores Sociales, Psicopedagogas, Fonoaudiólogas, Terapistas Ocupacionales. En el Centro Residencial *Casa de la Niña*, el equipo está conformado por una Psicóloga, una estudiante de Trabajo Social, una Fonoaudióloga, una Terapeuta Ocupacional. En el Centro Residencial *Homeva*, (Hogar de Menores Varones) ubicado en Baigorria, el Equipo técnico está conformado por una Psicóloga y una Psicopedagoga. En el Centro Residencial *Colonia Astengo*, ubicado en Alvear, el equipo técnico está conformado por tres Psicólogas y una Trabajadora Social: en el Centro Residencial *Homema* (Hogar de Menores Madres) el equipo está conformado por dos Psicólogas; en el CPT (Centro de Permanencia Transitoria) el equipo técnico está conformado por una Psicóloga y

intentando compartir qué trabajo despliegan cada uno de los Centros; para citar algunas prácticas: cómo reciben a un niño, niña o adolescente que ingresa; cómo organizan la estadía; con cuáles dificultades se encuentran (allí aparecían dificultades tanto de rendición del dinero de la partida¹², cómo de remodelaciones edilicias que tenían que efectivizar, así también como cambios en referencia al personal, licencias, pedido de reemplazos).

Desde aquí es pensable contrastar la tan utilizada frase: “el concepto de niño no como objeto de custodia, sino como sujeto de derecho”. Con la función/posición del/la trabajador/ra en el campo de los derechos humanos, podría enunciar así: “el concepto de trabajador/ra no cómo obediente/alienado a un poder de turno; sino como trabajador/ra sujetado a lo común”

Las dificultades eran tanto de índole administrativo/burocráticas cómo de índole técnico-profesional.

Es oportuno enunciar que la burocracia no es “intencional” sino “funcional”, Bauman, sitúa la deshumanización de los objetos burocráticos, sosteniendo que la burocracia tiene como efecto reducir los hombres a objetos “*meramente técnicos* y éticamente neutros”.¹³

Volviendo a la experiencia, las reuniones quincenales eran en realidad una por mes, con la presencia del Subsecretario, donde trabajábamos las cuestiones administrativas, convocábamos a dis-

una Técnica en Familia y Niñez. En el Centro Residencial *Ciampi* el equipo está compuesto por una Técnica en Familia y Niñez, dos Psicólogas, una Fonoaudióloga, y una Terapeuta Ocupacional. Nos da un total de 10 psicólogas que conforman los equipos técnicos de los Centros Residenciales Oficiales, más tres que son directores/as. Una cuenta que podríamos hacer es 10 más tres; o relacionar el número de niños, niñas y adolescentes alojados, que varían entre 60 y 70 en total entre las seis instituciones, los que no daría un promedio de una psicólogo/a cada 6 o 7 niños, niñas y adolescentes.

12 “La partida” le dicen coloquialmente al dinero que recibe mensualmente cada Centro Residencial para su funcionamiento (comprar comida, productos de higiene, de limpieza, transporte, salida, ropa...)

13 Bauman, Z., *Modernidad y Holocausto*, Buenos Aires, Sequitur, 2011.

tintos referentes del ministerio que aclaren, por ejemplo, la rendición de la partida; otras que explique los cambios en el escalafón de reemplazo.¹⁴

Así, fuimos, por un lado, intentando que cada institución no se repliegue en sí misma, a la vez que inscribiendo “*lo común*” en un escenario colectivo que posibilite propiciar la escucha y hacer de soporte a las diferencias. Así, leer las diferencias cómo posibilidades de encuentro y no cómo portadoras de estigmas o patologías.

Dando espacio al hablar, al decir, proponiendo, creando un lugar de sentido. La idea de comunidad, de un mundo común:

“... que pueda tener una duración en el tiempo y no la duración efímera de aquello que es consumido, en el mismo sentido en que el ser humano puede ser consumido, a través de la lógica ultra capitalista”.¹⁵

“Espacio que dé lugar a la confianza, restando protagonismo a la desconfianza como contracara de aquella: Cuando tenemos confianza en la capacidad de razonar, de comprender de los seres humanos, esto va acompañado de un efecto de poder poner límites a un poder ilimitado. La desconfianza en la gen-

14 El decreto 322 de Escalafón fue modificado por el 522 (REGIMEN DE SUPLENCIAS E INGRESO PARA EL PERSONAL DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES PERTENECIENTES AL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL), lo que produce cambios significativos en el ingreso y reemplazo de trabajadores. Cambios significativos en términos burocráticos pero no efectivos en la práctica, El ministerio de Desarrollo Social, a diferencia del Ministerio de Educación por ejemplo, no cuenta (aún con este cambio del Decreto 322 por el Decreto 522) con un sistema de reemplazos que funcione de acuerdo a los tiempos reales de trabajo; es decir, una trabajadora no asiste a trabajar y administrativamente no hay una figura a la cual el encargado de personal de un Centro pueda recurrir para reemplazarla en el día o en la semana; cómo si ocurre en el Ministerio de Educación. Déficit que suma en la cuenta: “vulneración” de derechos, en un escenario donde la finalidad es restituir derechos, la cuenta suma más en vulneración que en restitución. En caminos burocráticos (situar un concepto de burocracia)

15 Martínez, G., *Seminario Dictado por la Doctora Laurence Cornu, Paraná, UNER, 2008.*

te es la otra cara de darles confianza a la oligarquía o a alguien todopoderoso”.¹⁶

Sostuvimos este trabajo de intentar comenzar a “politizar los conflictos”¹⁷, “politizar las dificultades”, hasta principios del 2015 donde, al cambiar la Directora de Niñez y algunas autoridades, comienzan a entender el trabajo de “otro modo”..., para decirlo de alguna forma.

Tiempos difíciles corrían allá por el 2015...

Transitamos por algunos Centros Residenciales conveniados (ONG) intentando hacer posible lo necesario...¹⁸

Una vez más, après-coup, intento enunciar una breve síntesis de cómo inscribo prácticas, experiencias en el ámbito de lo público donde los modos de contratación, los marcos legales, los cambios de funcionarios, van intentando disponer por momentos algo arbitrariamente, diversas direcciones que olvidan o hacen “oídos sordos” a los saberes y experiencias que los trabajadores portamos. Sería esa “*lava subterránea que bulle bajo los edificios*”.

Entiendo como un desafío el hecho de precisar estrategias para así delimitar y sostener un trabajo ético en este trayecto.

16 Op. Cit.

17 Frase enunciada en la charla abierta del ciclo organizado por ERAPP (Espacio de re-elaboración, análisis y producción de prácticas para trabajadores psicólogos en el ámbito de lo público) a cargo de Wanda Donato “*Las Violencias y su Campo del Sentido*” Recursos para pensar nuestras prácticas situadas.

18 Suspenden los espacio colectivos de trabajo, y luego de unos meses nos proponen dar “*Talleres de Sexualidad*” Logramos autorizarnos a poner algunas condiciones para desarrollar estos talleres, a saber: el contenido del espacio lo sostuvimos desde un Paradigma de Derechos, así acudimos a una lectura que proponía el gobierno Nacional sobre la “Ley Nacional de Educación Sexual Integral”, y algunos insumos: tanto videos cómo cuadernillos, que sugerían para trabajarla. Estos materiales nos sirvieron de dirección para este nuevo tiempo. Otra condición, y para nosotras una de las más importante, es que al espacio de capacitación estén invitados *todos los actores institucionales* a saber: la Comisión Directiva (damas de beneficencia), las preceptoras/acompañantes convivenciales y quienes desarrollan tareas de mantenimiento o servicios generales (quienes limpian, lavan, cocina, realizan arreglos de mantenimiento del edificio).

Recién en marzo del 2016, entre cambios de gestiones, autorizaciones en análisis, pasajes a planta del Estado, preguntas de compañeras/os, lecturas de aciertos, supervisiones... re-comenzamos el trabajo en los Centros Residenciales Oficiales.

Nos aventuramos en lo *nuevo* sosteniendo algunas, y re diseñando otras, preguntas que habiliten un trabajo ético-analítico en el campo de lo público.

Nuestros desafíos de época nos invitan a tomar posición, a definir la misma a través de sus fundamentos.

Afinemos nuestra praxis:

“La praxis es el acontecimiento como razón...Es la praxis donde se percibe la necesidad de la acción, el tratamiento y también la “fricción” de lo simbólico y lo real...La praxis entendida en tanto acontecimiento como razón es el índice de la relación y el desajuste entre la experiencia analítica y el saber... La experiencia introduce una suspensión en el ejercicio del saber; no hay posibilidad de cubrir teóricamente la experiencia, sino que hay en la experiencia un punto de resistencia que señala la condición misma de la teoría”.¹⁹

Es una posibilidad de comenzar a leer cierto trayecto de trabajo.

Una experiencia de lo Trágico

Comenzaré situando a la tragedia que, al decir de Gruner, es un lugar de pasaje y fundacional, cómo aquello que “*excede la capacidad de simbolización discursiva*”.

19 Kuri, C., *Nada nos impide, nada nos obliga. La Contingencia en Psicoanálisis*, Rosario, Editorial Nube Negra, 2016, p. 15 y 16.

“(…) Llamo experiencia, dice Bataille, a un viaje hasta el límite de lo posible para el hombre. (...)Al contrario, la experiencia que tiene existencia positiva llega a ser ella misma el valor y la autoridad. He aquí su valor fundante: la experiencia es autoridad, es la autora del acontecimiento que ella genera.”²⁰

En uno de los Centros Residenciales los encuentros a modo de reuniones son semanales con todos los actores institucionales invitados. Quienes asisten regularmente son trabajadores que desempeñan sus funciones como acompañantes convivenciales (expreceptores), el Equipo Técnico Profesional y la directora.

Durante los primeros encuentros ciertas quejas parecerían direccionar las reuniones. Semana a semana intentábamos re-significar algo del encuentro anterior.

Nuestra modalidad de trabajo es coordinar las reuniones, escuchar, intervenir, apuntalar en la construcción de un problema, retomar diferentes decires y presentarlos a modos de pregunta... Acciones que entendemos generaran condiciones de posibilidad para que algunos se impliquen en su decir, en su saber hacer.

En aquel primer tiempo de las reuniones, pesquisábamos que estábamos cerca de la construcción de un “modo de detención”, de aplastamiento, de imposibilidad, del cual era muy difícil salir; retornaba en cada encuentro.

Habíamos pautado que luego de cada reunión presentaríamos un escrito con lo trabajado, texto que intentaba visibilizar, abrir preguntas, interpelarse sobre lo que acontece. Intento de que los actores institucionales vayan descifrando cuales son las lógicas, los modos de andar, de decir, de cuidar... que esa institución porta.

Ese punto de detención acontecía cada vez que comenzaban a desarrollar un conflicto, en cierto tiempo de implicación, de interpelación sobre *¿qué es lo que acontece?*, en cierta búsqueda ince-

20 Gruner, E., *El fin de las pequeñas historias*, Op. Cit., p.297.

sante de posibles causas; cuando esas causas dejaban de “ser” y comenzábamos a leer en todos casos ciertos *efectos*, a convertir en movimientos más cercanos a un tiempo colectivo que podríamos nombrar como implicación, allí, en ese momento, quizás también a modo de resistencia, aparecían estos dichos:

“acá no estamos todos”

“hablamos, hablamos, pero después no cambia nada”;

“eso ya lo sabemos, todos nosotros acordamos, el problema, son ellos, los otros que no vienen”

Dichos que operaban a modo de: ¿detención?

¿Detención²¹ de las cadenas asociativas que comenzaban a entrar en juego? o ¿detención entre el decir y los dichos? ¿Detención del hablar? ¿Detención de la confianza? ¿Detención de la potencialidad para ir generando diferentes transferencias? ¿Detención en la producción de un saber hacer?

Detenciones que comenzaban a darle lugar a lo más mortífero del silencio o ¿será como en la cita anterior se enfatiza, “*un punto de resistencia en la experiencia que señala la condición misma de la teoría*”?

Quien desempeña la función de directora de dicho Centro Residencial, participa semanalmente en los encuentros y quizás algo cansada de ese “murmullo en forma de queja” propone en acto una premisa, que la podría formular de la siguiente manera:

“A partir de la próxima reunión un trabajador de cada guardia deberá asistir necesariamente a las reuniones.”

Esta formulación precisada en una de las reuniones, tuvo como antesala el erosionar de varios enunciados puestos a trabajar en reuniones anteriores. Primeramente, para implicar a otros, se implicó de algún u otro modo ella en su función. Ejerce la función de

21 O ¿de tensión?

directora con un modo de contratación precario (su condición laboral es de reemplazo) lo que le impide administrativamente tener el cargo, cobrar por ello y, a su vez, tener un ejercicio de la tarea con más herramientas administrativas.

Así, en el momento donde la queja entre “ellos, los otros que no vienen y nosotros que estamos”, allí ella decía: “*yo no puedo sumariar²² a nadie si no soy directora*”.

Sitúo que trabajamos intensamente: ¿Qué sería *ser* directora?, de cómo ella dirige, de cómo se habilita y la habilitan en la función; de con cuáles herramientas ella sí cuenta; de lo necesario de que de algún u otro modo se comience a regular algo del orden de la presencia, ausencia, del estar o no estar, y no detenerse en el ser...

De intentar hacer posible lo necesario.

Fue una invención ante el murmullo de la queja, la precisión de las palabras, ante la carencia de herramientas administrativas, lo habilitador de la propia experiencia, ante la imposibilidad de lo punitivo, la invitación al trabajo grupal.

Quizás aún hoy la directora no sea consciente de lo fundante de su invitación: uno por guardia, las guardias son de tres trabajadores. Así invitó a visibilizar: un equipo (la guardia) una tarea (las reuniones).

Una invitación al trabajo.

Invitar al trabajo en el escenario de lo doméstico es una técnica a diseñar en el constante devenir de lo cotidiano, en lo heterogéneo de sus tramas institucionales, grupales e históricas.

En el recorte de este trayecto leo algo de lo fundante de la abstinencia...

22 Sumariar es un procedimiento disciplinario formulado en la ley 8525 del empleado Público Provincial. Para efectivizarla tienen que haber pasado por otros procedimientos disciplinarios anteriores, fijadas en el artículo 50 de la mencionada ley a saber: apercibimiento, suspensión y cesantía.

Experiencia de lo Poético

Entendiendo por tal, la “*apuesta a la construcción sobre lo desconocido, a la fundación de lo por conocer*”.²³

En otro de los Centros las reuniones las realizamos cada tres semanas, con el Equipo Técnico Profesional y la directora.

En dichas reuniones trabajábamos la posibilidad de armar un proyecto institucional. Proyecto que, por momentos, y en relación al pedido del espacio, tenía más que ver con escribir sobre el quehacer cotidiano.

Esbozaban en las reuniones la posibilidad que dicha escritura tenga efectos en lo concreto e inmediato de las prácticas, tanto para la directora como para las profesionales. Traían, también, a lo largo de cada encuentro la necesidad de “hacer algo” ante las situaciones que irrumpían en lo cotidiano.

Tanto la directora como el equipo técnico-profesional, enfatizaban que, ante estos hechos las trabajadoras (acompañantes convivenciales, preceptoras), ante situaciones que enunciaban como “no sabemos que hacer”, llamaban a la directora, en acto, para que se presente en lo inmediato. Y la directora, por su parte, en acto, se presentaba. Iba hasta el centro Residencial, sin importar el horario, el día y mucho menos el motivo...

Al transcurrir el tiempo de su gestión, esas demandas, a veces pedidos, a los cuales respondía con su cuerpo en presencia, se le fueron tornando insoportables. A su vez el equipo técnico también entendía necesario revisar esa práctica institucional.

Llegaron al encuentro de que la escritura de un protocolo sería una herramienta institucional común, que permita darle tratamiento a lo que acontece sin la demanda de respuesta urgente, en acto o a modo de bombero de la directora. Intentando dejar atrás algo de la modalidad propia de las subjetividades heroicas...

23 Gruner, E., *El fin de las pequeñas historias*, Op. Cit., p. 334.

Un día, llegan a la reunión con un escrito: el “Protocolo de Urgencias”.

Nos sorprendimos. Nos confrontamos con que dos de las categorías, me refiero a “*protocolos*” y “*urgencias*”, con las que nosotras, como dupla de trabajo, veníamos intentando interpelar, poner una pregunta allí donde parecerían imperar las certezas, eran las protagonistas de una estrategia institucional.

Aun así, ejercitando la abstinencia como herramienta de trabajo nos sorprendimos al testimoniar los efectos que dicho “*Protocolo de Urgencias*” tuvo.

Así fue como construyeron este Protocolo que tuvo habilitantes efectos para las trabajadoras del Centro.

A partir de ese momento, ante episodios que irrumpían en lo cotidiano, sean crisis subjetivas de las adolescentes alojadas u otras manifestaciones de “malestar”, las trabajadoras recurrían al Protocolo, producían una lectura de lo que acontece, priorizaban acciones, se inscribían de algún u otro modo como actores institucionales potenciadores de prácticas restitutivas de derechos.

Función radicalmente otra. Si continuó con la posibilidad de pensar, sitúo que también este *Protocolo* fue una posibilidad de encontrarse con y entre otros. Entiendo que nos dispusimos un poco a cierta tensión flotante que habilite lo nuevo, a algo que nos sorprenda...Para eso es necesario correrlos de cierta posición del deber ser, a modo de: “*lo que hay que hacer es...*”

Posición algo superyoica, lejana a la posibilidad de advenir como analistas.

Advertida de que:

“Uno sólo es responsable en la medida de su saber hacer. ¿Qué es el saber hacer? Es el arte, el artificio, lo que da al arte del que es capaz un valor notable, porque no hay Otro del Otro que lleve a cabo el Juicio Final”.²⁴

24 Lacan, J., *El Seminario 23: El Sinthome*, Buenos Aires, Paidós, 2015, p.59.

La función de un analista en este campo trae efectos, inaugura múltiples posibilidades.

Aristóteles entiende a la experiencia como un momento y grado del conocimiento, que nace de la memoria y luego da un salto, “*un cambio cualitativo, que está dado por la abstracción y la generación del concepto universal*”.²⁵

Aquí subrayo la posibilidad que, en todo caso, nos da la experiencia, el salto que constantemente nos permite al reconocimiento, no de un universal, pero si, de un *común* hacer.

Walter Benjamin a lo largo del texto de 1933, plantea un postulado, refiriéndose a la bajada de la cotización de la experiencia, entre los años 1914 y 1918: “*al bárbaro la pobreza de la experiencia lo lleva a comenzar desde el principio, a empezar de nuevo; a parárselas con poco; a construir desde poquísimo y sin mirar ni a diestra ni a siniestra*”²⁶

Es desde esta cita que nos relanzamos a la construcción del bien hacer, de lo común, que entendemos posible el saber hacer y la valorización de la experiencia.

Porque es también Agamben quien nos advierte “*que a cada paso el terreno no se nos escape por debajo de los pies*”.²⁷

Pienso nuestra praxis como una genealogía de redes conceptuales, y no dirimiendo cuestiones como causa y efecto.

Intentamos desacralizar lo heredado, haciendo de un dicho otros decires, problematizando los campos del saber, politizando para desnaturalizar ciertas prácticas.

Tomar posición en este campo tiene como historia, como antesala, una pormenorizada lectura del instante, del detalle, sin la cual no es posible advenir como sujeto de acción ético política.

25 Cappelletti, A., “Introducción, traducción del griego y notas”, en *Aristóteles; Poética*, Caracas, Monte Ávila Editores, 1998, p.VIII.

26 Benjamin, W., “Experiencia y Pobreza”, en *Discursos Interrumpidos*, Buenos Aires, Planeta-Agostini, 1994.

27 Agamben, G., *Estado de excepción*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo editora, 2010, p.10.

“El psicoanálisis trabaja desde una lógica del detalle, de lo aparentemente nimio, que se descubre en el tejido discursivo”.²⁸

En razón a la pregunta planteada al comienzo, a saber: ¿Cómo colectivizar una praxis del psicoanálisis en el campo de lo público? Enuncio que entre la ley y el superyó es posible inscribir acontecimientos éticos.²⁹

“Aunque nunca terminemos de saber realmente lo que puede de nuestro cuerpo, sabemos que ahondar en las causas de su potencia puede permitirnos aumentarla, aunque el riesgo esté siempre al acecho. Es la única vía para recuperar, en el mejor sentido, un espíritu de tragedia que nos preserve de la farsa”.³⁰

28 De Biasi, M., *Ser nada. Formas clínicas de la melancolía en Psicoanálisis*, Buenos Aires, Letra Viva, 2013, p. 16.

29 “Acontecimientos éticos”, es tomado es tomado de: Kuri, C., *Nada nos impide, nada nos obliga. LA contingencia en psicoanálisis.*, Op. cit., p. 16

30 Gruner, E., *El fin de las pequeñas historias*, Op. Cit., p. 367.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, G., *Estado de Excepción*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo editora, 2010.
- BARTHES, R., “Escribir la Lectura”, en *El susurro del Lenguaje. Más allá de la palabra y la escritura*, Barcelona, Paidós, 1987.
- BAUMAN, Z., *Modernidad y Holocausto*, Buenos Aires, Sequitur, 2011.
- BENJAMIN, W., “Experiencia y Pobreza”, en *Discursos Interrumpidos*, Buenos Aires, Ed. Planeta-Agostini, 1994.
- CAPPELLETTI, A., “Introducción, traducción del griego y notas”, en *Aristóteles; Poética*, Caracas, Monte Ávila Editores, 1998.
- DE BIASI, M., *Ser Nada. Formas Clínicas de la Melancolía en Psicoanálisis*, Buenos Aires, Letra Viva, 2013.
- GRUNER, E., *El fin de las pequeñas Historias*, Buenos Aires, Paidós, 2002.
- KURI, C., *Nada nos impide, nada nos obliga. La Contingencia en Psicoanálisis*, Rosario, Nube Negra, 2016.
- LACAN, J., *El Seminario 23: El Sinthome*, Buenos Aires, Paidós, 2015.
- MARTINEZ, G., *Seminario Dictado por la Doctora Laurence Cornu*, Paraná Entre Ríos, UNER, 2008.

DOCUMENTOS

Leyes:

8525. Estatuto General del Personal de la Administración Pública.
12967. Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Decretos:

322. Régimen de Reemplazos.
- 522/13. Régimen de suplencias e ingreso para el personal de establecimientos asistenciales pertenecientes al Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe.

Prácticas territoriales y Procesos de Subjetivación: Abordaje de una situación de abuso sexual infantil

Psic. PAOLA BENÍTEZ*

*Voy, voy,
¿Con qué voy?*

La experiencia elegida para compartir se enmarca en el trabajo de los Equipos Socioeducativos del Ministerio de Educación de la provincia de Santa Fe. Los Equipos Socioeducativos están integrados por trabajador@s de diferentes disciplinas: docentes, trabajador@s sociales, antropólog@s, abogad@s, licenciad@s en comunicación social, psicopedagog@s, licenciad@s en ciencias de la educación, psicólog@s, entre otros; y están radicados en las Delegaciones Regionales de Educación: Tostado, Reconquista, Rafaela, Santa Fe, Cañada de Gómez, Rosario, Venado Tuerto, San Jorge y San Cristóbal.

Nuestra tarea es intervenir en situaciones de vulneración de derechos de niño@s, adolescentes, familias, y situaciones institucionales conflictivas, que se manifiestan en las escuelas.

Las demandas provienen de escuelas y de otros efectores del territorio: CAPS, ONG, Hospital, Equipo Local de niñez, adolescencia y familia, entre otros. En el trabajo cotidiano de las situaciones estamos en permanente articulación con las instituciones del territorio.

* PAOLA BENÍTEZ: Psicóloga. Psicoanalista. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Integrante de los Equipos Interdisciplinarios Socioeducativos del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe. Docente de la cátedra “Salud Pública Salud Mental” de la Facultad de Psicología, UNR.

La dinámica es la siguiente: l@s coordinador@s reciben en el Ministerio de Educación las solicitudes de intervención de las instituciones, con la descripción de la situación problemática. En la reunión de equipo semanal l@s coordinador@s nos informan las diferentes situaciones. Comenzamos el trabajo territorial llamando por teléfono a la escuela o efector para acordar encuentro en la institución u organización e interiorizarnos acerca de la problemática. En el encuentro se consensuan líneas de intervención con el referente de la escuela o integrante del equipo que presentó la situación.

Con dos compañeras psicólogas cubrimos especialmente las demandas de Villa Gobernador Gálvez. La ciudad forma parte del cordón industrial del Gran Rosario y las principales fuentes de trabajo provienen de fábricas y empleo público, registrándose un alto nivel de trabajo informal y desempleo. Desde mediado del siglo pasado ha recibido grandes oleadas de migrantes internos provenientes de provincias como Chaco, Corrientes, Santiago del Estero y Entre Ríos; por lo cual el habla se ve teñida de tonada litoraleña; en la lengua se entremezclan el castellano y el guaraní.

Mario Castells, poeta criado en Villa Gobernador Gálvez, en su libro *Trópico de Villa Diego*, narra:

“La violencia, la ruina económica y la mediocridad como hitos del paisaje urbano fueron los primeros factores de un aprendizaje acelerado. Luego vendrían otros: los tiros, los cobanís, la merca, la mentira, la ciudad de los hambres. La tristeza cansada que genera explotación [...] Nuestra ciudad es un sitio lúgubre, tramoyado de historias trágicas. De allí que la sociabilidad sea en cambio tan fiestera, que los relatos macabros se llenen de humoradas desdramatizadoras. Imágenes fantasmagóricas [...]”¹

1 Castells, M., *Trópico de Villa Diego*, Rosario, Municipal de Rosario, 2014.

Estos relatos ilustran lo que escuchamos yendo a las instituciones, recorriendo las calles, conociendo las familias. Relatos que acompañan, en el intento de situar y comprender los modos de producción de lazo social.

En Guaraní, *Ñandutí* significa blanco de araña. El nombre es un homenaje a la Epeira Socialis, que vive en grupos en los árboles de Itauguá y que teje unas telas tan grandes como fuertes.²

Desarrollo «Ñandutí»

En octubre de 2014³ recibimos pedido de intervención de una escuela primaria. Se trataba de la situación de una niña de 11 años que no estaba asistiendo a la escuela desde el mes de septiembre.

Los referentes de la escuela nos contaron que el Equipo de Niñez, Adolescencia y Familia local (en adelante Equipo de Niñez local) había intervenido en junio de ese mismo año por demanda de la escuela, ya que la niña llegaba a la institución diariamente golpeada. Según nos refirieron, la niña inicialmente intentaba ocultar los golpes, hasta que pudo contarle a su docente lo que estaba ocurriendo en su casa: su papá la golpeaba a ella y a su mamá. Los vecinos le habían quemado la casa a la familia por los maltratos que el padre le realizaba a la niña.

En el acta de junio de 2014 del Equipo de Niñez local se detallaban las intervenciones. Por un lado, la abuela materna alojó en

2 Cf. URL <http://www.revistaanfibia.com/cronica/el-hombre-que-teje/#sthash.ICjq7Xzh.dpuf>

3 Para proteger el anonimato de la pequeña se trabajó con particular cuidado en la confidencialidad de la información, por lo cual las fechas están cambiadas, no así los intervalos de tiempos en que fueron sucediendo los hechos.

su domicilio a la madre, a la niña y a sus dos hermanitos; por otro lado, se gestionó la orden de restricción de acercamiento al padre.

Referentes de la escuela transmiten que en septiembre del 2014 la madre y el padre vuelven a estar juntos, tiempo en que la niña comienza con inasistencias, hasta que en octubre deja de concurrir a la escuela.

Después de citaciones a los padres en la escuela y varias visitas domiciliarias infructuosas, finalmente logramos encontrar a ambos padres en el domicilio en el mes de noviembre.

La visita

Nos reciben ambos padres que dicen estar juntos de nuevo. La mamá comenta que no sabía qué hacer con sus hijos de 2 y 3 años, no tenían para comer y por eso volvieron con el padre. Cuenta que desde que volvieron la nena está muy rebelde, miente, se escapa, está pensando en ponerla en un reformatorio u hogar.

El papá dice que la nena está terrible, se escapa, le robó su celular y se ofrece a los vecinos. Le preguntamos qué significa que «se ofrece a los vecinos» y el papá contesta que en cualquier momento queda embarazada. Le preguntamos por qué cree que su hija hace eso, el papá se pone nervioso y dice que vio escenas íntimas entre sus tíos.

Les preguntamos si estaba la niña para charlar con ella, y nos dijeron que estaba dormida.

Nos fuimos de la visita en silencio.

Las articulaciones territoriales

En primer lugar, nos pusimos en contacto con el Equipo de Niñez local, para anoticiarlo de lo ocurrido y para generar trabajo común. Nos comentan que no están recibiendo remuneración por

la tarea con lo cual sólo recepcionan las situaciones y nos explican que la Municipalidad no aporta los recursos para salir al territorio.

Por otra parte nos comunicamos con el CAPS (Centro de Atención Primaria de Salud), donde nos transmiten que desde el mes de junio no tienen registrado prácticas con la familia. Preguntamos si integrantes del equipo podrían realizar visita, con el objetivo de continuar el acercamiento con la familia y nos relatan que no pueden salir al territorio ya que la Municipalidad no está pagando seguro a personal de CAPS y por lo tanto, por el momento, no les permiten las salidas al territorio.

Ante la dificultad de construir un trabajo interinstitucional, en el mes de noviembre armamos el informe pertinente y planteamos la situación a la Dirección Provincial de Niñez Adolescencia y Familia.

En el mes de diciembre, ante la falta de respuesta de la Dirección Provincial de Niñez Adolescencia y Familia, elevamos informe a Defensoría del Niño/a.⁴

2015 Ñanduti continúa...

Estuvimos a la espera de la intervención de Defensoría del Niño/a. En el mes de febrero nos comunicamos con referentes de la escuela, preguntamos si tenían novedades de la familia y nos

4 La Ley Provincial de Promoción y Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescente N.º 12.967 plantea en el Art. 3: «Los organismos administrativos provinciales, municipales y locales deben revisar la normativa que regula, afecta el acceso o el ejercicio de derechos reconocidos a niñas, niños y adolescentes, adecuándola a los postulados contenidos en esta ley». En Villa Gobernador Gálvez se cuenta con un Servicio Local como primer nivel de Intervención. Un segundo nivel de Intervención lo compone un equipo que depende de la Dirección Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia. Cuando ninguno de los organismos interviene o se presentan dificultades en la articulación y trabajo en la situación de vulneración de derechos de un niño se apela a la Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes que en Rosario funciona en Italia 321.

transmitieron que no contaban con información de la niña ni de su familia. Acordamos con referentes de la escuela que nos mantengan informadas si la pequeña comienza el año lectivo, con el objetivo de concretar una entrevista.

Entre el mes de febrero y marzo se rearma el Equipo de Niñez local, con nuevos integrantes y con recursos para la tarea. Le presentamos ésta y otras situaciones que requerían de su intervención y que en el mes de diciembre ya habíamos elevado a Defensoría del Niño/a.

Nos solicitan tiempo para intervenir, relatan que se están organizando para trabajar las múltiples demandas.

La niña en el mes de marzo no retoma el año lectivo.

A mediados de marzo nos presentamos en el Equipo de Niñez local para armar estrategias comunes. Aún no habían tomado intervención en la situación, en ese encuentro acordamos que nosotras volveríamos a realizar visita domiciliaria.

Realizamos visita, no encontramos a nadie en el domicilio, pero dejamos citación a vecinos y charlamos con ellos; fuimos a la casa de la abuela paterna y allí también dejamos citación. Nos comunicamos con la abuela materna quien no sabía nada de la familia. Planteamos a familiares que nuestro objetivo era conversar con ambos padres para acompañar y posibilitar la vuelta a la escuela de la niña. Es decir, nos dimos diferentes estrategias para lograr el acercamiento a la familia.

Dicha visita provocó que ambos padres se acerquen a la escuela solicitando entrevista con nosotras y planteando que su hija quería un cambio de escuela.

En la primera semana de abril nos encontramos con la mamá en la escuela, el papá no se hizo presente en la entrevista, prefiriendo aguardar fuera del establecimiento.

La mamá nos transmite la situación de temor y el maltrato que padece ella y sobre todo la pequeña. Relata que la niña se crió sin contacto con su padre y en la casa de su mamá

—abuela materna— hasta los 7 años, edad en la que conoce a su padre y pide vivir los tres juntos. Desde entonces, la pareja tiene otros dos hijos. También nos comenta que en el tiempo que vuelve con el padre de la niña, éste, con amenazas, prohíbe el contacto con su familia. Sin embargo, refiere que creía que su mamá la podía recibir a ella y a sus hijos. Preguntamos si la niña había sido abusada por el papá, la mamá transmite que ella la llevo a al Centro de Atención Primaria de Salud en junio, cuando había intervenido el Equipo de Niñez local, pero corroboró que la niña no había sido violada.

Acordamos con la mamá el cambio de escuela para la semana siguiente y en la nueva escuela, articular con otros organismos y posibilitar el cuidado para que puedan irse del domicilio que compartían con el padre de los niñ@s. Ese mismo día llevamos acta de entrevista a Equipo de Niñez local y organizamos el cambio de escuela.

En la escuela nueva, el Equipo de Niñez local organizó las acciones legales y de protección para que la madre e hij@s se muden a la casa de la abuela materna de las/os niñ@s y gestionó nueva orden de restricción de acercamiento para el padre.

En conjunto con el Equipo Local de Niñez, la escuela que alojó a la niña y nosotras, continuamos trabajando la situación. El Equipo Local de Niñez sostenía entrevistas con la abuela materna, la madre y la niña, apostando a trabajar conflictos que puedan surgir en la convivencia, ya que en la casa de la abuela vivían dos hijos más, un pequeño con discapacidades y un joven de 18 años. Por otro lado, la abuela algunos días recibía y cuidaba los niet@s de otr@s hij@s.

Nosotras articulamos con el Centro de Atención Primaria de Salud de referencia para que le brinden atención a la familia y propiciamos un espacio de escucha para la niña y su madre de modo separado en la escuela, hasta poder encontrar un psi con disponibilidad para alojar la situación.

Las entrevistas con la niña

La pequeña no presenta inconvenientes para adaptarse a la nueva escuela y hacer nuevos compañer@s.

En las primeras entrevistas transmite que en lo de su abuela está mejor, da detalles de su cotidianidad y aprendizajes en la escuela, relata situaciones donde el padre la maltrataba y su mamá “no se metía porque si no ligaba la mamá también”, recuerda una vez cuando nosotras fuimos a su casa y a ella no la dejaron salir de su pieza.

En unas de las entrevistas nos dice que nos tiene que contar algo importante y transmite que su papá, cuando su mamá no estaba, le quería bajar los pantalones y ella no quería. En las sucesivas entrevistas fue relatando los abusos sexuales a los que fue sometida por su padre.

Al mismo tiempo que concretábamos las entrevistas con la pequeña, citábamos a la mamá, pero ésta no concurría a las entrevistas argumentando diferentes motivos: llovía mucho, tenía los otros hijos enfermos, ella se sentía mal.

En el mes de agosto la mamá vuelve a vivir con el papá, la mamá manda a la niña a buscar cosas a la casa de su abuela y la *pequeña le pide a su abuela vivir con ella y no regresa a la casa de los padres.*

La abuela al otro día recurre a la escuela para solicitar nuestra intervención. Articulamos con diferentes estamentos del estado y en ese momento la pequeña pasó a vivir con su abuela.

Continuamos sosteniendo entrevistas con la niña y su abuela a los fines de acompañar y trabajar con ambas.

“El guaraní se refería a su lengua como el *avañe’e*. Según la mitología guaraní en el principio de lotiempos estaba solo el *Dios Creador Ñamandu*, que de a poco se había creado a sí mismo. En su soledad *Ñamandú* empezó a crear el mundo. Primero el lenguaje de los hombres y las palabras. El lenguaje era concebido como una fuerza creadora, capaz de transformar y hacer surgir realidades”.⁵

Proceso de reflexión. Mboyga, ita (navegar)

Guiarán nuestro análisis acerca del abuso sexual infantil las interrogaciones respecto de trauma, pulsión y contingencia.

Silvia Bleichmar y Eva Giberti⁶, entre otr@s, ubican las problemáticas del abuso sexual y violaciones filiales⁷ en un tejido de desigualdad social donde las violencias toman diferentes modalidades de crueldad. Los sujetos permiten opresiones diferentes sin poder denunciarlas, conductas autodestructivas, procesos de vulneración naturalizados socialmente.

Eva Giberti agrega que no puede pensarse la problemática del incesto paterno filial sin contextualizarla en el patriarcado. El patriarcado como construcción histórica social que se basa en un sistema de relaciones sociales en que los varones ejercen el poder y la autoridad, oprimiendo y apropiándose de la mujer. La autora señala que es una contradicción estudiar conceptualizaciones que se esgrimieron en la ideología patriarcal para trabajar las consecuencias que genera el propio patriarcado.

5 URL www.e-portalsur.com.ar/guarani/historia.htm

6 Bleichmar, S., *Violencia social, violencia escolar*, Buenos Aires, Noveduc, 2014.

Y Giberti, E., *Incesto paterno filial*, Buenos Aires, Noveduc, 2014.

7 Eva Giberti problematiza acerca de la utilización del término abuso precisamente porque esconde en la mayoría de los casos la situación de violación filial que realiza la persona que comete la crueldad y la situación de opresión de quien padece la agresión agravada por el vínculo que une a ambas personas. Cf. Giberti, E., *Incesto paterno filial*, Buenos Aires, Noveduc, 2014, p.21.

Ya Freud en 1905 planteaba respecto al abuso sexual infantil en “*Tres Ensayos para una Teoría Sexual*”, en el punto “*Aberraciones sexuales*”, que los individuos que utilizan como objeto sexual a un niño pueden hacerlo por impotencia (que por ella se procuran semejante subrogado) o cuando una pulsión urgente no admite dilación. Señala que el abuso sexual contra los niños se presenta con inquietante frecuencia en quienes se encuentran al cuidado de los mismos.⁸

Entendemos que lo que Freud planteaba en 1905, en nuestros días forma parte del saber popular, ya que la mayoría de las situaciones de abuso son cometidas por personas conocidas y afectivamente cercanas a los niños, y ésta es una cuestión fundamental a tener en cuenta en un proceso de trabajo con un niño.

Amparándonos en las conceptualizaciones de Silvia Bleichmar definimos al abuso sexual infantil como la apropiación del cuerpo del niño por parte del adulto, haciendo del cuerpo del niño lugar de goce del adulto, sin tener en cuenta el daño que puede provocarle al niño. El problema reside en que un niño no está preparado ni subjetivamente, ni biológicamente para encontrarse con la sexualidad genital, por lo que la intromisión de la sexualidad adulta produce consecuencias graves⁹.

Hay tres cuestiones fundamentales que se ponen en juego a la hora de reflexionar acerca de las consecuencias que produce el abuso sexual infantil en un niño. La primera cuestión es en qué momento de constitución subjetiva del niño acontece el abuso y con qué recursos subjetivos cuenta el niño; la segunda cuestión es la frecuencia, es decir si sucedió ocasionalmente o es un abuso crónico; y la tercera, si el niño cuenta o no con personas que puedan acompañarlo y sostenerlo.

8 Cf. Freud, S., “Tres ensayos para una teoría sexual”, en *Obras Completas*, Vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 2010, p. 135.

9 Cf. Bleichmar, S., *Violencia social, violencia escolar*, Buenos Aires, Noveduc, 2014, p.149.

En ese sentido, en el trabajo concreto con la niña, que llamaré de aquí en más Irupé, hay elementos importantes de su historia a tener en cuenta para el proceso de trabajo. No vivió con su papá desde que nació, lo conoció a los siete años de edad, hubo una abuela que alojó cada vez, hubo vecinos que sancionaron el maltrato, Irupé pudo transmitir lo que estaba padeciendo en su casa, las docentes de la escuela escucharon a Irupé y solicitaron intervención. Hubo articulación entre diferentes estamentos del Estado, nosotras como un eslabón en esa cadena.

Mendes¹⁰ plantea que el *territorio* es un territorio vivo, en tanto no abarca solamente la superficie ni las condiciones geofísicas de la población, sino que conlleva una caracterización política, económica, cultural y epidemiológica de la misma. En este sentido, el territorio no es homogéneo, sino que se desagrega, políticamente, en grupos y actores sociales que pugnan por sus condiciones de reproducción. Pensar el territorio como proceso implica un modo de pensar las intervenciones en sus distintos niveles a partir de la delimitación de problemas.

La cooperación y los conflictos son la base de la vida en común, las dimensiones de los problemas se desprenden de lo que acontece en la vida cotidiana de las personas. Las condiciones de reproducción de la población se visibilizan en los niveles de la vida institucional en donde se establecen.

El trabajo que realizamos con la pequeña fue un proceso largo, donde diferentes organismos estatales y legales intervinieron, todos en pos de resguardar los derechos de la niña en términos de cuidado y protección. Para el trabajo de situaciones de abuso sexual infantil un punto de inflexión es la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

10 Mendes, E. y otros, "Distritos sanitarios: Conceptos claves", en *Distrito sanitario. El proceso social de cambio de las prácticas sanitarias del sistema único de salud*, San Pablo, Hucitec/Abrasco, 1993.

N.º 26.061, ya que a pesar de las dificultades, controversias, falta de recursos y conflictos que pueda presentar su implementación, para los que nos encontramos trabajando en el territorio es un instrumento, una herramienta que marca un cambio de paradigma; a la vez que nos invita a reflexionar las acciones, la estrategia en cada historia, cada vez. Las intervenciones apuestan y contemplan ante todo la situación singular de cada niñ@. Es decir, es parte del trabajo el dialogo entre disciplinas y discursos. Al mismo tiempo la práctica del psicoanálisis requiere en las intervenciones la especificidad que el singular recorrido teórico impone.

Nos preguntamos cómo impacta el acontecimiento del maltrato y abuso en Irupé, nos preguntamos cuáles son los efectos psíquicos, puntualmente nos interrogamos acerca de lo traumático.

En ese sentido en “*Más allá del principio del placer*” Freud ubica lo traumático como imposibilidad de responder a excitaciones psíquicas donde la intensidad es tal que el yo se queda sin defensas ante el acontecimiento.¹¹

En “*Psicoanálisis Extramuros*” Silvia Bleichmar plantea que el traumatismo pone en juego las relaciones entre aparato psíquico y el mundo exterior. Para que se produzca el traumatismo intervienen distintos elementos: el estímulo, la experiencia vivida, la excitación que desencadena en el aparato psíquico y el fracaso de tramitación elaboración por vías habituales o normales: “...se trata de algo que pone en riesgo y descalifica las defensas habituales del sujeto [...] algo existente para lo cual el aparato psíquico ha perdido sus defensas habituales de control”.¹²

Bleichmar señala claramente que el traumatismo no es el producto directo del estímulo externo, sino que es producto de la relación existente entre el impacto y el flujo de excitación desenca-

11 Freud, S., “Mas allá del principio del placer”, en *Obras Completas*, Vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 2010.

12 Bleichmar, S., *Psicoanálisis Extramuros*, Buenos Aires, Entreideas, 2010, p. 17.

denada. El traumatismo lo situamos como el impacto que genera la vivencia del maltrato y abuso en Irupé, en tanto que produce exceso de excitación, desorganización y fracaso de las defensas habituales en el aparato psíquico.

En el trauma lo real es inasimilable. Lacan plantea lo real como aquello que no cesa de no inscribirse. Lo que Lacan retoma de Freud es justamente la actualización de la imposibilidad, es decir el intento del aparato psíquico “de ligar cada vez” aquello que queda por fuera del campo de las representaciones.

Lo traumático sería entonces lo que queda vedado en el episodio, justamente la posibilidad de transformarse en una experiencia subjetiva metabolizable, capaz de ser integradas al resto de las vivencias psíquicas.

En este punto es necesario retomar lo que plantea Bettina Calvi;¹³ quién acerca de lo traumático ubica que:

“no es acidental sino que es el efecto de algo que proviene de lo real, que está ligado al acontecimiento, pero en sí mismo no es determinante sino por la forma en que opera en relación a inscripciones previas”.¹⁴

Podemos ubicar dos momentos respecto a lo traumático en el abuso.

En un primer momento, situamos *el traumatismo* como el impacto del acontecimiento en el niño, que se produce por la intromisión de la sexualidad adulta y el sometimiento: el sujeto al ser genésicamente inmaduro, es decir al estar en proceso de constitución sexual y subjetiva, se ve expuesto a una situación a la que no puede responder que le produce una sobreexcitación y no sabe

13 Bettina Calvi, Dra. del Centro de Estudios e Investigación sobre Violencias y Abuso Sexual de la Facultad de Psicología UNR. Organiza seminarios de formación profesional acerca de la problemática específica del abuso sexual en la infancia.

14 Calvi, B., *Abuso sexual en la infancia*, Buenos Aires, Lugar, 2012, p.34.

dónde ubicar psíquicamente, ya que no cuenta con los recursos psíquicos para procesar el hecho.

En un segundo momento ubicamos *lo traumático* como la inscripción del suceso en el aparato psíquico. Bettina Calvi señala que respecto al estatuto otorgado a *lo traumático* se abren dos grandes cuestiones: “*si es desencadenante de algo que ya está preformado en el sujeto, o bien, si es constitutivo, desarticulador de modos de pensamiento y obliga al psiquismo a funcionar de otra manera*”¹⁵. Ante lo expuesto puede que un acontecimiento produzca un traumatismo en el sujeto sin llegar a tener estatuto de trauma.

Nuevamente, *lo traumático* se refiere a la modalidad de procesamiento singular que en cada caso va estar en correlación fundamentalmente a las inscripciones previas de cada sujeto y también a los recursos externos, al acompañamiento o no de la situación por las personas que son referentes del niño@.

Etereíva (excesivo): Lo traumático- Lo Pulsional

Un día nos llaman de la escuela para plantearnos que la abuela de Irupé quería tener una entrevista con nosotras. Concretamos la entrevista y la abuela nos solicitó que Irupé esté presente en la misma. Nosotras sin preguntar por qué quería que esté presente la niña, accedimos ya que en otros momentos habíamos tenido procesos donde estaban las dos y acordábamos cuestiones de ordenamiento cotidiano.

La abuela comienza a relatar que Irupé se abalanza sobre su hijo de 9 años y le quiere dar besos, se frota contra el cuerpo de su tío, del mismo modo le pide a su tío de 18 años (también hijo de la abuela, ambos viven con ellas) que la bese, y se le ofrece. La abuela se muestra enojada, no comprende por qué Irupé tiene esas

15 Op. cit., p. 29.

actitudes, siente que Irupé traiciona su confianza y el lugar de resguardo que ella le posibilitó.

Cuando la abuela relata los sucesos Irupé siente vergüenza, se visibiliza angustia, mira para abajo, no sabe qué hacer y mucho menos qué decir.

Nosotras rápidamente comenzamos a situar lo que le sucedía a Irupé como parte de las vivencias de maltrato y abuso que padeció¹⁶ y ella nos había confiado. Trabajamos con Irupé y especialmente con la abuela para que pudiera comprender lo que le pasaba a la pequeña: “lo que Irupé vivenció y padeció no ha podido procesarlo, es difícil y complejo; ella no solo no recibió buen trato por quien estaba a cargo de su cuidado, sino que también fue objeto de situaciones en donde la intromisión de la sexualidad adulta la desbordó y esto la lleva a repetir con otros eso que no puede metabolizar”. A Irupé nuestra intervención le produjo alivio, levantó la mirada. Planteamos que ella fue muy valiente al pedirle un lugar a la abuela, para salirse de esa situación al darse cuenta que sus padres no la habían podido cuidar.

Después de lo que fuimos charlando, casi finalizando la entrevista, la abuela nos dice que no entendía el accionar de Irupé ya que “hace eso” pero también juega con su primita vecina de tres años como si ella también tuviera tres años.

Acordamos que era necesario que Irupé pueda trabajar lo que le pasaba con un psicólogo@. La abuela se compromete a llevarla, pero aclara que es sumamente difícil para ella sostenerlo semanalmente. Insistimos en la importancia de un espacio donde la niña pueda procesar las vivencias que sin lugar a dudas la habían traumatizado.

16 Si bien no es lo mismo si un niño ha sido maltratado o maltratado y abusado, consideramos que tanto el maltrato y el abuso sexual infantil provocan una inversión contra la subjetividad de l@s niñ@s e implican procesos de sometimiento por parte de la persona que lo ejerce.

Por otro lado, ya habíamos intentado articular con el Centro de Atención Primaria de Salud del barrio y también con el Hospital Regional A. Gamen para gestionar turno con psicóloga; pero en el CAPS trabajaba un psicólogo varón que no atendía niñ@s, y en el Hospital quedamos a la espera de un turno ya que no daban a vasto los tres trabajadores psicolog@s para la gran demanda que recibían.

Finalmente articulamos con el Equipo de Niñez local para solicitar turno de manera conjunta y conseguir el espacio singular que la pequeña Irupé necesitaba. Así se logró gestionar el turno.

Una niña dependiendo del momento de constitución subjetiva va ir construyendo fantasías respecto a los adultos a cargo de su crianza y depende afectivamente de la relación filial. En ese sentido nuestra intervención apuntó a acompañar a Irupé con palabras develando lo que estaba sucediéndole. Irupé no podía evitar lo que hacía, repetía con sus tíos lo que había padecido y se visibilizaba vergüenza y culpa en ella. Nos preguntábamos si también a nivel psíquico no sentiría culpa por los abusos y maltratos de su padre.

En ese punto en las situaciones de abuso sexual se produce una gran contradicción ya que por la relación filial se quiere a ese padre y por eso mismo en muchos casos, si bien el niñ@ siente que lo que padeció “no está bien”, no es libre de rechazar a esa persona.

En la situación de Irupé ella realiza un acto, le pide a la abuela vivir con ella, se retira de la situación de abuso y maltrato. Nos preguntamos que sentía ella respecto este padre.

¿De qué se trata lo que le ocurre a Irupé? Se abalanza sobre su tío de 9 años, le quiere dar besos, del mismo modo le pide a su tío de 18 años (también hijo de la abuela) que la bese, se le ofrece. Recordamos que en la visita que habíamos realizado a la familia en el mes de noviembre del año anterior el Padre de la niña cuenta que Irupé se ofrecía a los vecinos. Nos preguntamos desde cuando esta niña habría sido abusada.

Irupé tiene 11 años y está en la entrada a la pubertad.

Freud en 1905 en “*Tres Ensayos para una Teoría Sexual*”, en el punto III “Metamorfosis de la Pubertad” señala:

“Con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva. La pulsión sexual era hasta entonces predominantemente autoerótica, ahora halla un objeto sexual. Para que esta trasmudación se logre con éxito, es preciso contar con las disposiciones originarias y todas las peculiaridades de las pulsiones”.¹⁷

“...En el curso del periodo de transición constituido por la pubertad los procesos de desarrollo somáticos y psíquicos marchan durante un tiempo sin entrar en contacto entre sí, hasta que irrumpe una intensa moción anímica de amor que, invirtiendo los genitales, produce la unidad de la función de amor que la normalidad requiere”.¹⁸

“...Hallamos que la elección de objeto es guiada por los indicios infantiles, renovados en la pubertad, de inclinación sexual del niño hacia sus padres y encargados de cuidarlo, y, desviada de estas personas por la barrera del incesto erigida entretanto, se orienta hacia otras semejantes a ellas”.¹⁹

En los párrafos citados nos encontramos con elementos fundamentales de la *pubertad* en tanto tiempo de constitución del sujeto. La pubertad es un momento que se manifiesta por cambios físicos y psíquicos. A nivel físico se abandona el cuerpo infantil, a nivel psíquico en el sujeto se producen procesos permanentes para apropiarse del cuerpo cambiante. El sujeto se encuentra en un tiempo donde comenzará a resignificar su niñez, sus relaciones primordiales, sus circuitos pulsionales, ya que en este tiempo se produce la subordinación de las pulsiones parciales bajo el primado de la

17 Freud, S., “Tres ensayos para una teoría sexual” ... Op. cit., p. 189.

18 Op. cit., p. 215.

19 Op. cit., p. 214.

genitalidad. Consecuencia de estos cambios son las sensaciones y emociones desbordantes para el sujeto que es parte de la metamorfosis que está atravesando.

A partir de lo que le ocurre a Irupé con sus tíos se visibilizan los efectos traumáticos del abuso y maltrato que ha afectado su proceso singular puberil. Podemos pensar que la sobreexcitación a la que se vio sometida por parte de la intromisión de la sexualidad adulta de su padre la desorganizo en sus procesos pulsionales y produjo efectos confusionales respecto de lo incestuoso.

¿Por qué Irupé no puede dejar de repetir con sus tíos aquello que vivenció con su padre?

La primera cuestión a tener en cuenta es la pregunta del porqué de la repetición.

La segunda cuestión es que repite aquello que le hizo su padre con sus tíos, hermanos de su madre con quien convive, no lo hace con sus compañeritos de la escuela, lo repite con personas que tiene lazos filiatorios.

Freud en “*Más allá del principio del Placer*” se pregunta de qué modo se entrama lo pulsional con la compulsión a la repetición. Sitúa la compulsión a la repetición como proceso de origen inconsciente. Plantea que la tarea del aparato psíquico es ligar la excitación de las pulsiones. El fracaso de esta ligazón provocaría una perturbación análoga a la neurosis traumática. Infiere a partir de la neurosis de guerra y el juego infantil, que el sujeto repite una vivencia displacentera, porque mediante su actividad consigue un dominio sobre la impresión intensa que le generó el vivenciar meramente pasivo.

“se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia presente...”²⁰

20 Freud, S., “*Más allá del principio del placer*”, Op. cit., p. 18.

“Cada nueva repetición parece perfeccionar ese dominio procurado.”²¹

Freud en el texto adelanta la conocida tesis según la cual, lo que es displacer para un sistema del aparato psíquico es placer para otro. Al mismo tiempo hace un recorrido respecto al encuentro y desencuentro entre pulsiones e instancias psíquicas y sitúa:

“Conjeturamos que en el interior del yo actúan pulsiones diversas de las de auto-conservación libidinosas” Acaso las pulsiones libidinosas del yo estén enlazadas de una manera particular con esas otras pulsiones yóicas que todavía desconocemos”²²

La repetición tal como la entiende Freud no implica la reproducción de un acontecimiento ya pasado, sino algo que manifiesta la insistencia de un más allá de las representaciones. El concepto freudiano que Lacan retoma de la *compulsión de repetición* en sus desarrollos es precisamente la actualización de una imposibilidad y el intento de ligar aquello que se presenta por fuera del campo de las representaciones.

Susana Toporosi²³ en las “Jornadas Intervenciones frente a la violencia sexual sobre niños y adolescentes”²⁴ el 3/6/16 expuso:

21 Op. cit., p. 35.

22 Op. cit., p. 52.

23 Susana Toporosi Psicoanalista. Coordinadora del Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

24 En el marco de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología UNR, L. Codina, B. Sujmajer, S. Crisci, G. Mazza, F. Benassi dictan curso teórico práctico “La problemática de la violencia en la infancia y la adolescencia. Su abordaje en la clínica con niñas, niños y adolescentes”. Desde allí organizan actividades de formación a profesionales y la Comunidad en general. En varias ocasiones Susana Toporosi fue invitada por el grupo de docentes para socializar y reflexionar con trabajadores de diferentes disciplinas la problemática del abuso sexual infantil.

“El yo del niño queda desbordado por el exceso de excitación, una parte queda reprimida y otra parte queda escindida. El sujeto va tener dificultades para archivar recuerdos en relación a los acontecimientos que le sucedieron. Se va a producir un pensamiento capturado a disposición del traumatismo, se produce una escisión del yo, coexistencia justamente de lo acontecido que se ve y se niega y lo que precisamente esta escindido es lo que el yo encapsula. Se produce el encapsulamiento de la vivencia traumática y opera la desmentida como mecanismo que se encargará de que el sujeto no reconozca la realidad de una percepción que le resultó traumatizante”.

Conjeturamos que la *compulsión de repetición* en Irupé marca la imposibilidad de simbolizar, el yo se ve avasallado y los recursos disponibles con los que cuenta el psiquismo para procesar el abuso sexual filial no alcanzan. Irupé algo tiene que hacer para aliviar esa sobrecarga, necesita hacer con otro eso que vivenció para ver si lo puede contener psíquicamente de algún modo. La sobreexcitación a la que se vio sometida incide en las modalidades que adquiere la pulsión desorganizándose.

En este punto se visibiliza en la *compulsión de repetición* la imposibilidad de apartarse de lo traumático, que por otra parte aparece como disociado, ya que ella se sorprende cuando en la entrevista con la abuela acompañamos con palabras lo que le estaba sucediendo.

Nos problematizamos acerca de “lo incestuoso” de la compulsión en Irupé. Sabemos que en el proceso de constitución sexual, los adultos a cargo de la crianza acompañan regulando la sexualidad infantil, es parte del cuidado la intervención adulta para calmar la excitación de los diferentes momentos, en ese proceso se conforman los diques anímicos. Este proceso se ve afectado cuando el adulto produce excitación, sometiendo sexualmente al niñ@.

Las barreras del incesto que derribó el padre, ¿qué implicancias tienen en la subjetividad de la niña?, y en este sentido nos preguntamos acerca de la constitución fantasmática y el goce.

Lacan en el *Seminario XI* señala:

“Ahora tenemos que detectar el lugar de lo real, que va del trauma al fantasma, en tanto que el fantasma nunca es sino la pantalla que disimula algo absolutamente primero, determinante en la función de la repetición”.²⁵

En la clase 14, “*La pulsión parcial y su circuito*”, plantea: La pulsión contornea la presencia de un hueco, contornea el objeto *a*. La pulsión es el montaje a través del cual la sexualidad participa de la vida psíquica y se conforma con la estructura de hiancia característica del inconsciente. El sujeto se sitúa él mismo determinado por el fantasma. El fantasma es el soporte del deseo. El sujeto se mantiene como sujeto deseante por una relación con un conjunto significante. El sujeto como tal se constituye en el campo del Otro, se singulariza en su fantasma y la modalidad de goce que adquiere la pulsión.²⁶

En el *Seminario X* trabajará el trauma en relación al fantasma y a las diferencias entre deseo y goce. El traumatismo quedará inscripto entre el fantasma y el goce. El fantasma será el sostén articulado, en términos significantes, al trauma; al mismo tiempo que el goce emerge de la transgresión de los planos simbólicos e imaginarios, lo que permitirá ubicar la exclusión de representación que el trauma incluye.²⁷

25 Lacan, J., *El Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2016, p. 68.

26 Cf., Lacan, J., *El seminario 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis...Op.*, cit., p. 181-192.

27 Cf., Lacan, J., *El seminario 10: La angustia*, Buenos Aires, Paidós, 2016, p. 97-111.

Lo traumático será “enmarcado psíquicamente” como un exceso de goce, tomando la forma de un forzamiento del fantasma. Lo traumático se produce cuando un elemento de la estructura implica algo del fantasma fundamental, lo cual desencadena un goce que viene a desregular el aparato psíquico.

Es muy complejo para la niña el abuso de su padre ya que en ese momento queda en lugar de objeto de goce de su propio padre.

Silvia Bleichmar respecto a la transmisión de la ley en la cultura señala:

“la ley se transmite bajo dos prerequisites: en primer lugar la aceptación amorosa del hijo —que la inscribe por amor a quien la imparte y no solo por terror— y, en segundo lugar, la infiltración permanente de fantasmas y residuos sexuales del adulto que la imparte. [...] Laplanche ha llamado del orden de la implantación sexual, vale decir de la transmisión de un orden de excitación que tiende a romper el orden natural y a instaurar lo humano en términos de plus libidinal, del mismo modo la transmisión de la ley infiltra los fantasmas del adulto, deja paso a representaciones que devienen excitantes, y regula en el mismo movimiento que deja colar por sus intersticios estos fantasmas y deseos del otro”.²⁸

El proceso que describe Bleichmar es pervertido en los casos de abuso sexual en la infancia paterno-filial, se produce una profunda confusión y traumatismo a nivel psíquico como ya le hemos descripto.

Las consecuencias en que puede derivar un abuso sexual en la infancia son singulares en cada sujeto. Ahora bien, si el abuso no es trabajado en un espacio singular el riesgo es que se reproduzca en el sujeto posiciones subjetivas de gran sufrimiento.

28 Bleichmar, S., *Violencia social. Violencia escolar...* Op., cit., p.20.

En este punto adviene la pregunta: ¿qué le pasaba a la mamá de Irupé, que volvía una y otra vez con el padre de la niña?

Cuando realizamos la primera visita domiciliaria, a raíz de las inasistencias de Irupé a la escuela, la madre subrayó lo que el padre planteaba, agregando: “está terrible, pensé en llevarla a un reformatorio o un hogar”.

En dos oportunidades se separa del padre de Irupé y luego no logra sostener la decisión. En esos intervalos se le propone espacios de trabajo singular y acompañamiento, tanto desde el Equipo de Niñez local como nosotras, pero no logra tomarlo.

Por otro lado, Irupé en las entrevistas habla afectuosamente de su mamá, incluso plantea que la extraña y muestra cierta preocupación por sus hermanos.

Nos interrogamos acerca de la complicidad de la mamá respecto al maltrato y abuso de su hija.

Conjeturamos que es muy complejo lo que le ocurre: *no puede producir un corte.*

Bettina Calvi sitúa la cuestión de *Influencias Intergeneracionales: Los complejos vínculos intergeneracionales, influyen en toda la trama, sin embargo, las influencias son considerables sobre todo en la relación con sus propios hijos. Se ejercen según mecanismos conscientes, pero también inconscientes.*²⁹ Lo que no se puede procesar queda encriptado en el inconsciente e influye en las sucesivas generaciones.

En ese sentido consideramos que tenemos que reflexionar acerca de las modalidades de intervención con mujeres que han padecido violencia de género, ¿qué modalidades de abordaje inventar? modalidades de acompañamiento y procesamiento de su historia.

Algunas mujeres que han sido arrasadas por la violencia y la crueldad, y no están en condiciones de cuidar a sus hij@s, viven en una encerrona trágica.

29 Calvi, B., *Abuso sexual en la infancia...* Op., cit., p. 107.

Me falta imaginación *dices* / No. Me falta el lenguaje.
El lenguaje para clarificar / mi resistencia a las letradas.
Las palabras son una amenaza para mí / Amenazan a mi familia.
Para ganar la palabra / para describir la pérdida
tomo el riesgo de perder todo. [...]

CHERRIE MORAGA
Ni Una Menos

* * *

Ñembosarái (Jugar)

Es en el Jugar que operará el proceso de simbolización.

Donald Winnicott en su libro *Realidad y Juego* plantea que el lugar de la experiencia cultural es el espacio potencial que existe entre el sujeto y el ambiente, cuya primera manifestación es el juego.

En este sentido, jugar es una actividad fundamental y constituyente en la vida de todo sujeto, porque es el escenario en el cual el sujeto se apropia de los significantes que marcaron su cuerpo y su subjetividad.

La experiencia de jugar para l@s niñ@s, es la posibilidad de transformar por un rato la realidad tangible, transformar lo que angustia y lo que asusta. En el momento del juego se vivencian los conflictos y es la oportunidad de comenzar a procesar. Es el tiempo de salirse para transformar y transformarse.

Susana Toporosi en las “Jornadas Intervenciones frente a la violencia sexual sobre niños y adolescentes” el 3/6/16 señala: en las intervenciones en situaciones de abuso sexual infantil es fundamental la apuesta a que el sujeto “*genere procesos de simbolización*”, como herramienta fundamental en ese sentido ubica al juego, precisa que la tarea del analista es receptionar lo que el yo

encapsula y que irrumpe en un proceso de trabajo singular. “*El analista se pondrá en disponibilidad para que en el juego el sujeto pueda ficcionar y transformar aquello que le produjo impacto y desorganización. De algún modo transformar para que sea metabolizable.*”

Bettina Calvi en su libro “*Abuso Sexual en la Infancia*”, respecto a la intervención del analista, señala: “[...] *en ese sentido el analista trabajará acerca de las fantasías del sujeto para ver de qué manera se produjo el encuentro con lo real desde las fantasías preexistentes. En ese intrincado lugar, el sujeto en el análisis irá construyendo su propio relato.*”³⁰

Susana Toporosi y Bettina Calvi coinciden: en niñ@s que han padecido abuso sexual infantil es característico que las vivencias traumáticas en el análisis aparezcan, irrumpan, como retazos de impresiones corporales.

El analista a partir de la transferencia no solo se prestará como vacío topológico del Otro para que el sujeto pueda encontrarse con lo propio; también sabrá esperar, desde la atención flotante, aquellas vivencias traumáticas para que “en el jugar” el sujeto pueda ir metabolizando aquello que ha sido desbordante. En ese sentido el analista está advertido de que es objeto y su función es prestarse para que la pulsión pueda dar su vuelta.

Cómo pensar el acto que realiza Irupé: no vuelve con sus padres, le pide a su abuela un lugar. *El lenguaje no es lo que se dice, en el lenguaje se precipita, acontece, el Sujeto.*

Irupé vive con su mamá, su abuela y tíos hasta los siete años, edad donde conoce a su papá y ambos progenitores comienzan a convivir con ella.

En los primeros años de vida fundamentales en la constitución del sujeto, Irupé no tuvo contacto con su padre. Conjeturamos que los recursos e inscripciones internas construidas en su más temprana

30 Calvi, B., *Abuso sexual en la infancia...* Op., cit., p. 34.

na infancia le han posibilitado realizar “ese acto”. Fue fundamental el lugar que encuentra en su abuela, “se pudo ir porque tenía un lugar a donde ir” y tal vez también incidió en ella la sanción del entorno (vecinos, escuela) de la situación de sometimiento y abuso que vivenciaba en su cotidianidad.

“¿*La vida es lo contingente que se oye en un psicoanálisis?*” se pregunta Kuri en *Nada nos Impide Nada nos Obliga*.³¹ Plantea que no y sitúa la intervención de la contingencia en la constitución de lo inconsciente. El sujeto dividido como unidad asimétrica, sacude la cuestión topológica en tanto el deseo y la decisión son fisuras impalpables; en el sujeto la escisión se produce como simultaneidad (contradictoria).

Por su parte Lombardi problematiza *la libertad* en psicoanálisis y trabaja allí los “actos”:

“Cuando a la angustia en efecto le sucede el acto, en lugar de pánico hay certeza; la angustia se resuelve en una acción, una palabra, un gesto que inscribe no solo una ruptura temporal, sino también social, interrupción de lazo en que se suscitó el deseo de realizarlo” [...] Actuar es atravesar un límite, es fundar un nuevo comienzo, es un acontecimiento del ser, es transformar el estado civil del sujeto que ya no será el mismo”.³²

¿El “acto de separación” que establece Irupé es la ocasión para responder de otro modo al goce del Otro?

Lombardi plantea la noción de “momento electivo”, una co-yuntura en la que se actualiza cierto margen de libertad, que debe ser distinguida de una cuestión alternativa entre una cosa y otra. Un primer modelo para pensar la elección en psicoanálisis es la

31 Kuri, C., *Nada nos impide, nada nos obliga*, Rosario, Nube negra, 2016, p.38.

32 Lombardi, G., *La libertad en psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2015, p. 26.

elección forzada, pero también podría considerarse la posibilidad de una elección de separación.

... separarse ¿es Parirse? ...quemar las naves... cruzar el río... continuar el camino...

Voy, voy, ¿con qué voy?

Hay una característica en Villa Gobernador Gálvez que siempre me llamó la atención, cuando buscamos una dirección o una calle para llegar a un lugar puntual, vamos preguntando a la gente en la calle por la dirección y es difícil encontrar una persona que nos pueda guiar o indicar cómo llegar... es como si la gente no conociera su barrio, el nombre de las calles donde viven...

En Singular

Cada día nuevas historias, un nuevo comienzo ¿que nos brindará hoy el trabajo?, en qué me quedaré pensando, que advendrá...

A veces cuando escucho historias crudas, de esas que hacen que duelan la panza, no veo la hora de llegar a casa y estar con los míos, como un lugar de resguardo, con el paso de las horas voy procesando las vivencias.

Después las historias vienen en sueños y reflexiono las intervenciones: escuchar lo que transmiten de las historias los actores institucionales, escuchar a sus protagonistas, acompañar a que algo de un proceso entre ellos se establezca. Cuando hay otras instituciones, organizarnos para no vulnerar aún más y no ser parte de una red prácticas fragmentarias, fomentar la comunicación hacia el interior de las instituciones respecto algún aspecto en particular de alguna persona o familia para que no se disipe la referencia, y fundamentalmente la apuesta a que el sujeto no se pierda entre las intervenciones de los diferentes estamentos del estado. De ahí a

generar procesos de subjetivación hay una geografía que recorrer, que transitamos con la situación singular de cada sujeto, cada vez.

Kuri señala que “*la praxis no es una sofisticación de lo que llamamos práctica, sino el límite de lo que la práctica impone sobre la teoría.*”¹

¿Procesos de Subjetivación? precisamente generar procesos de implicación “que el sujeto se implique con eso que le ocurre”, en el marco de una red institucional, las intervenciones en los procesos de entrevistas, apuestan a que el sujeto se mire, se escuche, aunque sea un poco, y por qué no, se atreva a imaginar... tal vez, otro destino...

Y aunque no sepan los nombres... encontrar las calles...

1 Kuri, C., *Nada nos impide, nada nos obliga...* Op., cit., p. 14.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLEICHMAR, S., *Psicoanálisis Extramuros*, Buenos Aires, Entreideas, 2010.
- BLEICHMAR, S., *Violencia social, violencia escolar*, Buenos Aires, Noveduc, 2014.
- CAIVI, B., *Abuso sexual en la infancia*, Buenos Aires, Editorial Lugar, 2012.
- CASTELLS, M., *Trópico de Villa Diego*, Rosario, Editorial Municipal de Rosario, 2014
- FREUD, S., “Mas allá del principio del placer”, en *Obras Completas*, Vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 2010.
- FREUD, S., “Tres ensayos para una teoría sexual”, en *Obras Completas*, Vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 2010.
- GIBERTI, E., *Incesto paterno filial*, Buenos Aires, Noveduc, 2014.
- KURI, C., *Nada nos impide, nada nos obliga*, Rosario, Nube negra, 2016.
- LACAN, J., *El seminario 10: La angustia*, Buenos Aires, Paidós, 2016.
- LACAN, J., *El Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2016.
- LOMBARDI, G., *La libertad en psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2015.
- MENDES, E. y otros, “Distritos sanitarios: Conceptos claves”, en Distrito sanitario. El proceso social de cambio de las prácticas sanitarias del sistema único de salud, San Pablo, Hucitec/Abrasco, 1993.
- TOPOROSI, S., “Diferencias diagnósticas en adolescentes con conductas sexuales abusivas”, en Revista Topia, Web: www.topia.com.ar.
- TOPOROSI, S., “El jugar sexual en los niños atravesado por las nuevas formas de hacer pública la sexualidad que antes era privada”, en Revista Topia, Web: www.topia.com.ar.
- WINNICOTT, D., *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1993.

DOCUMENTOS

Ley provincial de Promoción y Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes N.º 12.967.

Ley provincial de Promoción y Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes N.º 26.061.

Pensando la clínica en APS. Encuentros en situaciones de extremo dolor psíquico.

PSIC. CRISTINA ZATTARA*

Introducción:

Este escrito está pensado desde mi práctica como psicóloga en el equipo de Salud de un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Rosario, en un barrio de la zona Sur de la ciudad. El marco de la atención primaria en salud es, según la ley Nacional de Salud mental¹, un lugar privilegiado para el abordaje de la salud mental y la promoción de lazos. La atención primaria es un nivel del sistema de salud que prioriza la proximidad en el territorio de los llamados usuarios de salud, por lo cual, los Centros se encuentran ubicados en los barrios facilitando el acceso de la población a los servicios de Salud.

Las demandas que se reciben, de maneras muy diversa, llevan el sello de esta organización tan singular que está ubicada geográficamente en una zona muy cercana al lugar donde habita la población y participando por esto de la cotidianeidad de la vida de la misma.

Los profesionales que trabajamos en los ámbitos institucionales de salud pública, necesitamos de un permanente intercambio

1 Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

* CRISTINA ZATTARA: Psicóloga. Formación psicoanalítica. Cursó la carrera de Especialización en Psicología clínica institucional y comunitaria en UNR. Docente en la cátedra “Prácticas profesionales Supervisadas” en la carrera de Psicología, UNR. Psicóloga en CAPS nro. 15, Juan Domingo Perón del barrio Las Flores de Rosario. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

de nuestras experiencias con colegas u otros trabajadores, para posibilitar la creación de nuevas estrategias que sirvan para contrarrestar el aislamiento, la fragmentación y el agotamiento de las mismas, ya que, generalmente esta práctica se realiza en ámbitos de mucho malestar que generan sentimientos de impotencia en quienes trabajamos allí.

Es por eso que agradezco la iniciativa del grupo ERAPP que, siendo un espacio de intercambio y producción de escritura, promovió en mí el pensamiento y el entusiasmo a partir del encuentro con los colegas trabajadores de diversos ámbitos en lo público.

La escritura es un trabajo arduo que muchas veces queda relegado y reducido en el intercambio a través de la oralidad. Escribir implicó para mí una vuelta más en la producción de pensamiento y en la apropiación de mi práctica, abriendo nuevas e interesantes preguntas.

Una mirada sobre el contexto:

Mi llegada como psicóloga, en el mes de junio de 2004, al Centro de Atención Primaria en Salud Provincial, ubicado en el Barrio Las flores de Rosario, fue precedida por una advertencia: “*Tenés que ir acompañada, no vayas sola*”. Hay que ponerse de acuerdo entre los compañeros para no ir sola, esa era la consigna.

El Centro estaba ubicado en el extremo sudoeste, en una de las últimas calles de la ciudad, lindante con un terraplén que separa Rosario de Villa Gobernador Gálvez.

Así, con incertidumbre y cierto temor, arribamos los tres psicólogos que habíamos sido designados luego de una selección de la Dirección de Salud Mental de la provincia. Era la primera vez que había psicólogos allí como parte del equipo de salud.

Luego de superado el temor que me produjeron las primeras advertencias y acompañada por la llegada de la primavera, comencé a transitar los recorridos entre el Centro y las instituciones del

barrio (escuelas, Centros de convivencia Barrial, Centro de Salud municipal, comedores), aprovechando la conformación de un espacio lúdico con niños que fuimos construyendo.

Recorriamos con los chicos un trayecto de ida y vuelta entre sus casas, el comedor y el Centro de Salud. Este camino me abrió la posibilidad de apropiarme del territorio, a partir del cual me permití cierto placer en “callejear” por allí.

Al principio me sentía como un personaje de una película latinoamericana. Mucha gente en la calle, autos viejos y precarios, cruzándose con camionetas 4x4 o modelos de última generación. Carros, caballos, motos, bicicletas. Todo esto intercalado con la gente caminando. Madres llevando cochecitos, niños que volvían de las escuelas generalmente en grupos acompañados por adultos. Todos juntos caminando por las calles estrechas, angostas, pues las veredas son casi inexistentes ya que las mismas están ocupadas por construcciones que extienden el espacio de las viviendas, o por autos estacionados, carros, basura, montañas de basura en ciertas calles en particular; todo al compás de la cumbia resonando “a toda máquina” desde algunas de las viviendas. El cielo obstaculizado por una red de cables superpuestos que toman direcciones de lo más variadas. Conexiones clandestinas a la luz del día. Muchas de las calles están surcadas por las cunetas donde se acumula el agua podrida, donde los olores nauseabundos se hacen muy presentes.

En este paisaje tan variado se encuentran también casas con macetones o jardines con muchas plantas de flores, como el mismo nombre del barrio lo indica, mostrando la historia de una época más esplendorosa, que seguramente asociaba al barrio con las flores, como así también en el nombre de las calles: petunia, violeta, jazmín, flor de nácar y así sucesivamente.

Con el correr de los años, he visto como se han ido formando en los márgenes del barrio asentamientos irregulares desprovistos de todos los servicios, que crecen día a día. En general estos espacios son ocupados por familias que por generaciones ha vivido

siempre en el barrio y que ahora forman sus propias familias, o gente que se ha ido y vuelve buscando su lugar de origen. Mucha gente emigra del Chaco, de Corrientes, buscando amparo en familiares del barrio por razones de supervivencia.

Conviven en el espacio, casas de material construidas en una época inaugural del barrio, sobre las que se asientan construcciones adicionales en planta alta o sobre los espacios lindantes, y casas de chapa, sin baños, en condiciones habitacionales desprovistas de servicios básicos.

Convive también una población de gente con trabajo estable, jubilados, con accesos a cierto consumo, con una población marginal, de extrema vulnerabilidad.

Una particularidad de este barrio, es el acceso al mismo. Hay solo una calle de entrada y una sola línea de colectivos. Los servicios municipales de cuidado de la infraestructura son casi inexistentes. Los taxis, según comentarios de la gente, se niegan mayoritariamente a acceder al barrio durante el día y nunca acceden durante la noche. Allí se mueven “empresas truchas de remises”. Los sistemas de emergencia médica no responden al llamado cuando éste se produce durante las noches.

En este contexto descripto y a una cuadra del Centro de Salud se encuentra la comisaría.

Estas dificultades de acceso y el aislamiento refuerzan un escenario de cierta excepción respecto del resto de la ciudad; se percibe una legalidad basada en códigos propios, y una cierta ajenidad respecto de la Ley. Se ofrece desde el punto de vista de la subjetividad un nombre fuerte donde filiarse. Las flores “BLF” es una marca registrada en la ciudad. Se manifiesta en pintadas callejeras que reproducen sus siglas BLF.

El barrio porta un estigma innegable respecto de la delincuencia y el narcotráfico que nos obliga a remitirnos al contexto en el nivel de la macropolítica. La red narco criminal hace pie en los barrios de la ciudad dejando sobre todo a los jóvenes con la

opción de ganar dinero “fácilmente”. El quiebre en el tejido social de contención que debería ofrecer proyectos de futuro, hace que esta franja etaria sea propicia para generar circuitos ilegales de tráfico de drogas, ubicando fundamentalmente a los jóvenes como “soldados” de los grupos delincuentes articulados con el poder político.

Los jóvenes sobre todo son los más involucrados en circuitos delictivos y son blanco de las violencias institucionales, siendo presas fáciles del poder del narcotráfico y el consumo de drogas.

Toda la población está afectada en tanto el barrio ha sido tomado por los grupos o bandas que anteriormente manejaban el negocio del narcotráfico y ahora disputan el territorio.

Los jóvenes captados son apañados, y protegidos en general, por el resto de la familia. Algunos familiares, generalmente hermanas o madres, solicitan ayuda para ellos, pero una gran mayoría apaña y silencia, resolviendo a través de la venganza ya sea imaginada o realizada los daños producidos a su familiar en los reiterados enfrentamientos entre las “bandas”.

El miedo, la amenaza, el silencio, la venganza como justicia por mano propia, ojo por ojo diente por diente, son modos de respuesta a los conflictos que ponen en riesgo la vida, que se escuchan a través de los sujetos que consultan o demandan a través de sus síntomas o sus llamados silenciosos o desesperados.

La naturalización es un mecanismo de preservación para convivir con la amenaza de pérdida de la vida propia o de los seres queridos. Esta naturalización que nos atraviesa a todos en diferentes medidas para no tener permanentemente presente las condiciones mortales a las que estamos sometidos como condición de la humanidad, se hace más indispensable cuando la condición “natural” tiene un exceso de presencia en el riesgo real de pérdida de la vida propia o de los seres queridos.

No se trata solo de la muerte y el duelo frente a las pérdidas, sino de la muerte violenta, el asesinato, la amenaza de muerte o el suicidio. No es lo mismo procesar una muerte que un asesina-

to. No es lo mismo desearle la muerte a alguien que matarlo. No es lo mismo el deseo de morir que el suicidio. Uno de los tantos relatos que a diario se suceden, puede dar una consistencia a esto que quiero transmitir respecto de la naturalización en un horizonte traumático relativo a la muerte como amenaza.

Mientras compro en una de las verdulerías del barrio, nos encontramos hablando con la verdulera sobre “lo difícil que está el barrio”. *“Acá está tremendo. Yo vivo allá atrás, todos los días están a los tiros. A los chicos tenés que hacerlos entrar a cada rato porque se agarran a los tiros. Teníamos la piletita en el verano afuera, pero tuvimos que sacarla porque se armaba a cada rato. No vaya a ser que te maten un chico”. Acá, en esta cuadra donde tenemos la verdulería, estaba tranquilo, pero últimamente se agarran también y pasan los tiros de un lado a otro*”.²

El relato nos deja sin palabras de solo imaginar la escena con niños disfrutando del verano en su pileta, jugando, y la irrupción de otra escena, la del peligro de la vida, las corridas y el miedo.

Estas son las condiciones en las cuales los sujetos que nos consultan viven a diario y están íntimamente relacionadas con el sufrimiento y el dolor que se escucha en sus diversos modos en las consultas. La muerte violenta, traumática, de algún familiar cercano es un telón de fondo para muchas de las personas que se atienden.

¿Cómo se cuida a los seres queridos; cómo se elaboran las separaciones y las ausencias cuando la muerte está siempre tocándote los talones?

La inclusión de una perspectiva de análisis de las relaciones de poder político se hace fundamental para enmarcar las problemáticas del padecimiento subjetivo que intento problematizar. Muchas veces se interviene patologizando las problemáticas que trascienden a cada sujeto silenciando de este modo el efecto desubjetivante de las acciones sociales y políticas.

2 Dichos de una vecina.

Desde los inicios de mi práctica profesional ha sido y sigue siendo un interrogante, la articulación entre los niveles socio-políticos y la singularidad de quien está involucrado en un padecimiento. Me encuentro hoy con la necesidad de poner el acento en la clínica de la subjetividad como una manera de reubicar, frente a la complejidad de las demandas que se presentan en el campo de la atención primaria, las herramientas que aporten al equipo de salud una mejor inclusión de los sujetos con padecimientos subjetivos.

Indudablemente el escenario descrito es un telón de fondo para pensar las formas que adquiere el sufrimiento de las personas que nos consultan en el Centro de Salud, o de aquellas que no pueden consultar y demandan de las formas más diversas, y aún aquellas que aparecen a través del pedido de otros que piden por ellas porque no pueden generar un pedido o una ayuda.

Recorte de una experiencia: Una clínica de la dificultad.

Podría decir que con el correr de los días como psicóloga en el Centro de Salud, se me fue terminando la primavera y se me vino el invierno. El invierno con sus dificultades, sus incomodidades y sus displaceres.

Recupero la idea de que la especificidad de la clínica es por definición una práctica de la dificultad, tal como lo trabajan Baños y Steinberg en su libro “*Dificultades de la práctica del psicoanálisis*”³. Dificultad que interpela, que indica un fracaso, un enigma, o que algo no cierra; allí encuentro el desafío que sostiene el deseo de escuchar donde hay alguien que demanda, donde alguien viene en busca de algo que alivie su padecimiento: ¿una respuesta?, ¿una confirmación?, ¿un testigo?

3 Baños, L., Steinberg, L., *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*, Rosario, Homo Sapiens, 2012.

Aceptar la dificultad sería una forma de renovar las preguntas, como plantea Sara Glassman en el Prólogo del citado texto: *“El placer por la dificultad señala los puntos del laberinto a recorrer, pero a condición, de hallar al final, el comienzo regresivo de un nuevo laberinto que permita realizar otros rizos”*.⁴

Teniendo en cuenta el psicoanálisis como una práctica que conlleva en sí misma la imposibilidad respecto del ideal de un sujeto sin faltas, sin angustia o sin sufrimientos, me pregunto por lo posible en mi práctica como psicóloga en este contexto, con la singularidad de cada sujeto; me pregunto por las condiciones de posibilidad y de imposibilidad de esta práctica que intenta intervenir en el sufrimiento subjetivo de quienes lo encarnan.

Como estoy advertida que se trata de escuchar, me encuentro allí “preparada para escuchar”, sabiendo que aquí, se juegan los hilos de mi propia subjetividad, de mi propia implicación, lo que hace que haya momentos, circunstancias en las que me sorprenda lo inesperado de una afectación que me abre un campo de interrogación.

Algunas de las mencionadas “incomodidades” de este invierno se presentan cuando se trata de escuchar allí donde no hay palabras, o de escuchar allí donde las palabras son desgarradoras.

Personalmente algunas de las entrevistas que más me movilizan respecto de la dificultad y la incomodidad, son las que me dejan en estado de lo que yo adjetivo como perplejidad. Según el diccionario perplejidad es *“el estado de una persona que no sabe lo que debe hacer, pensar o decir. La expresión de su rostro denotaba perplejidad y miedo...”*

Ciertas escenas que se despliegan en las consultas, presentan experiencias que limitan con lo insoportable. Generalmente refieren a relatos de muertes violentas/violentadas de seres queridos, involucrando en esas consultas la presencia de adultos y niños, y mostrando en acto modos de tramitación de lo traumático, mon-

4 Op. cit.

tos de afecto no ligado que producen condiciones traumatizantes para las generaciones venideras.

Algunos de estos relatos/escenas, me paralizan; me remiten a lo invivable de esas experiencias transformándome en una testigo muda de un relato horroroso. Por otro lado en estos relatos/escenas, circulan pocas palabras y siento que la perplejidad nos invade a los allí presentes.

Ubicada ahora, en este tiempo de la reflexión sobre esta incomodidad de la práctica, intento abrir preguntas sobre lo que acontece allí, sobre lo que me inquieta, sobre lo que se pone en escena.

Recuerdo un relato de Jorge Semprún, en su libro “*La escritura o la vida*”⁵, donde narra su experiencia en un campo de concentración y se pregunta por la disponibilidad de las palabras para dar un testimonio de los horrores allí vividos. Hace algunas reflexiones sobre la escritura y relata cómo tuvo que elegir entre la escritura y la vida. No podía escribir sobre esa experiencia inmediatamente, necesitaba un tiempo. Elegir entre la escritura y la vida se tornaba para él en una cuestión de vida o muerte. Lo vivido, lo traumático de la experiencia, no podía decirse, no podía expresarse en palabras. Fue necesario para él un largo tiempo para poder hablar de ello. “¿*Se puede contar?*, ¿*Se podrá contar alguna vez?*”, se pregunta Semprún allí, y dice:

“No hay más que dejarse llevar. La realidad está ahí, disponible. La palabra también. No obstante, una duda me asalta sobre la posibilidad de contar. No porque la experiencia vivida sea indecible. Ha sido invivable... Algo que no atañe a la forma de un relato posible, sino a su sustancia. No a su articulación sino a su densidad...Únicamente el artificio de un relato dominado conseguirá transmitir parcialmente la verdad del testimonio.”⁶

5 Semprún, J., *La escritura o la vida*, Buenos Aires, Tusquets, 1995.

6 Op., cit.

Un relato dominado, mediatizado. Hace referencia Semprúm al tiempo. Tiempo que conlleva un proceso, un trabajo de elaboración. Proceso elaborativo, de ligazón, que implica una distancia con las escenas vividas y el afecto concomitante, implica recursos y condiciones de posibilidad para “dominar parcialmente” el relato.

Ciertas consultas que se reciben en el Centro de Salud refieren a hechos que han resultado desestructurantes y muchas veces estas consultas se producen a escasos días de ocurridos los mismos. Se manifiestan en un relato que conlleva un exceso de realidad que desborda los recursos psíquicos para “comprenderlo”, para ligarlo en alguna serie representativa. Muchas veces estas consultas son únicas o no continúan el tiempo necesario para instalar un proceso.

Mi inquietud apunta al sentido tanto de la consulta como de la intervención allí. ¿Cuál es la razón de estos encuentros? ¿Qué es lo clínicamente posible en cada uno?

Viñetas de encuentros clínicos:

Para singularizar la problemática a la que quiero abordar, he elegido consultas donde puedo percibir la presencia y el peso de lo traumático, de aquello que se produce cuando la realidad invade excediendo las capacidades psíquicas de inscripción, y donde se pueden vislumbrar también los modos en que lo no elaborado en una generación podría obstaculizar en la siguiente los procesos necesarios para afrontar un duelo.

El otro eje que me interesa remarcar son las posibilidades de la intervención.

Ximena:

Una abuela viene con su nieta de 5 años. Se sienta a un costado dejando a la niña en el lugar central. La abuela mira a la nena y le dice: “*contale a la doctora*”. “*Mataron a mi mamá*”, dice la nena mirándome fijamente.

La abuela me cuenta que la mataron hace un mes. Era su hija. “Tenía 21 años”. “¿Vio la pareja que mataron allá adelante en el descampado?”, dice. Hace referencia a un hecho que se hizo público, uno de los tantos asesinatos que adquieren conocimiento en la opinión pública. Pasan en una moto y los matan.

Las razones se abren en el ámbito de las suposiciones. El hombre era casado, Andaba en la venta de drogas. Un ajuste de cuentas. No hay responsable del hecho en la justicia. Todo indica que es una venganza, un asesinato premeditado.

Dice esta abuela, que la nena quiere ir al cementerio y después no quiere volver, que está muy desobediente, que habla de la mamá como si estuviera viva, dice “no sé qué hacer con ella”.

Se nota que la abuela no quiere hablar; mira para abajo con una mirada perdida como mirando al infinito. Está sentada a un costado, callada, no expresa casi nada del motivo de la consulta. Está todo a la vista.

La niña empieza a gritar: “no hablen de eso!!!!”. Se tapa los oídos. Mientras toma una hoja y dibuja sin parar con un solo fibrón rojo, llenando toda la hoja y gritando: “ustedes me confunden!” “no me molesten!!”. Luego me dice: “¿vos me vas a atender?, ¿me vas a atender doctora?”. No escucha mis palabras que tratan de hacer más amable el encuentro, y quedamos prácticamente en silencio, acatando su orden. Yo me encuentro tan paralizada como la abuela. La niña sigue gritando. La abuela me cuenta que ella dibuja para la mama, y ahí X. dice: “se lo voy a llevar a mi mamá”. Sigue dibujando compulsivamente mientras empieza a enojarse conmigo desplegando una ambivalencia entre hostilidad y amabilidad: dice que hay una señorita de la escuela que es más buena que yo. Que no quiere que hable de “eso”, dice que soy mala, a la vez que pregunta por los juguetes que hay en el consultorio.

Maneja la escena mientras la abuela la mira distante y dice: *no sé qué hacer con ella*. Trato de hacer menos doloroso el encuentro proponiéndole a X algunos juguetes que ella toma más tranquila

y le propongo a la abuela una entrevista a solas, a lo cual se niega rotundamente.

La perplejidad, el anonadamiento presente en la abuela la ubica en una posición débil para soportar los procesos de desmentida y hostilidad, que siendo reacciones inevitables frente a una pérdida significativa, requieren para esta niña de 5 años un otro que “soporte” y cuide, que cuide de las palabras, que ayude a mediatizar lo real traumático del asesinato, de la muerte y de la ausencia.

La niña queda en el centro de la escena, tomando a su cargo la hostilidad y la desmentida como modos defensivos frente al dolor. Expuesta a la inermidad y al desvalimiento frente a la vivencia traumática que para las dos significa esta muerte.

El caso está sin resolución por parte de la justicia, una justicia que debería ayudar a acotar los fines, las causas, las culpabilidades y ayudar a ubicar responsabilidades de cada quien respecto de sus actos. Responsabilidad e implicación de cada sujeto frente a estos actos.

“*Son muertes que no le importan a nadie*”, se escucha en la escuela donde la niña asiste. Muertes que quedan en el ámbito de lo privado, de lo personal, de los que son nadie. Su esclarecimiento no trasciende como un problema para la justicia, quedando en la llamada justicia por mano propia.

Frente a la humillación y el daño, ajuste de cuentas por mano propia. Una muerte llama a la venganza con otra muerte. Crónica de muertes anunciadas podría decirse.

¿Pero qué haría pensar que estas muertes están anunciadas, anticipadas o destinadas a producirse?

Me pregunto por las formas de tanta crueldad entre los pares, de tanta hostilidad traducida en venganza. ¿Por qué esta manera de resolver los conflictos entre las personas?, ¿Cuál es el registro del otro semejante?

Diego:

Una abuela viene con su nieto de 11 años. Relata que Diego tiene muchos problemas para aprender, tartamudea y no tiene amigos. E inmediatamente dice: “Él no tiene madre. Hace cuatro años. Él *estuvo presente cuando la madre lo hizo. Él vio todo*”.

Me cuenta que era su hija, que ella cría a sus nietos. Se la nota muy angustiada.

Le pregunto a D. si me quiere contar algo y noto que tiene serias dificultades para hablar. Hace un esfuerzo, no le salen las palabras, se traba. Me dice que no sabe leer, que le cuesta la escuela, que no puede hablar, todo eso con un esfuerzo importante.

Acepta mi ayuda y me dice: “*tengo una bolita en la garganta, me van a operar*” dice que por eso no puede hablar, “*ese es mi problema*”.

La madre de Diego se prendió fuego delante de sus hijos y murió, cosa que se despeja en una posterior entrevista con la abuela. En esa primera entrevista me encuentro perpleja y no puedo preguntar sobre ese “lo hizo” atribuido a la mamá de D. El relato de los hechos remitía a algo horroroso, lo que después se manifestó como un acto sacrificial llevado a cabo por la mamá de D, quien se prende fuego mientras sostenía a su hija más pequeña, a la vista de sus hijos. Luego de esta primera entrevista me quede muy afectada preguntándome que había pasado allí.

D. “vio todo”, no hay nada más que decir. Quizás algo de esto haya operado en todos los allí presentes, pero también la perplejidad posibilitó, lo pienso ahora, una distancia con esa escena que estaba “a la vista”. Pudor, tiempo de espera como dice Semprum, tiempo para contar lo invisible.

Diego dijo algo sobre sus problemas, no poder hablar o leer. Sus palabras abren un camino no tan visto y posibilitan una pregunta. ¿Qué pasará con la bolita atragantada en la garganta, que sentido tendrá para él esa operación? Abre un camino posible.

Sara:

Sara asiste a una consulta acompañada de sus dos hijas, habiendo pedido tres turnos (uno para cada una de ellas), Laura de 9 años, Zaira de 4 años.

Entra la madre sola a pesar que las niñas insisten en entrar. Me dice que toda su familia está muy mal porque su padre (el abuelo de las niñas) murió recientemente. “Dicen *que se mató (luego de matar a su pareja) pero yo no me quedo con eso. Lo mataron, estamos seguros. Esa mujer andaba con otro. Ahora estamos viendo las pericias. No nos vamos a quedar con eso*”.

¿Mató? ¿Lo mataron? Otra vez un “caso” dudoso, aunque ella ya dio su veredicto.

Muestra su padecer con cierto anonadamiento, habla del apego entre su padre y su familia, sobre todo con sus hijas. Dice que las niñas están mal. No están yendo a la escuela porque no quieren ir, dice.

Mientras, las niñas se han encargado, sobre todo la más chiquita, de golpear la puerta tantas veces que le digo a la madre que vamos a hacerlas pasar.

Ante mi pregunta de si ellas saben para que vinieron a verme, la madre dice que no. No obstante, Zaira, comienza a contarme que no quiere ir al jardín, que la maestra es mala y le tira de los pelos. La madre frente a estos dichos, dice: “*¿eso es verdad? No mientas, porque si es verdad voy y la mato*”. No sonrío y parece darle un peso fuerte a esas palabras, insistiendo con la pregunta acerca de la veracidad de estos hechos.

La madre me cuenta que después de la muerte del abuelo, Zaira empezó a morder a un compañerito que es discapacitado y que, a raíz de la interpelación de la maestra a través de una conversación con ellos, el padre de las niñas decidió que Zaira no fuera más. “*Para no tener problemas con esa familia*”, dijo.

La madre cuenta que el padre de las nenas está desesperado también, que se sube a la terraza amenazando con que se va a matar, a lo que agrega: “*Si no estuvieran mis hijas yo también lo haría*”.

Me parece interesante resaltar acá tanto la creencia de la madre en la literalidad de las palabras de Zaira y su respuesta frente al mencionado agravio por parte de la maestra: “voy y la mato”, por un lado, y por el otro, la respuesta del papá frente a la hostilidad de Zaira con su compañerito.

En ninguna de las dos situaciones se abre para ellos una pregunta acerca de qué le pasa a la niña tanto con la maestra como con su compañerito, con la hostilidad, con la agresividad.

Sara sobre un telón de fondo del deseo de su propia muerte, responde con la amenaza de venganza respecto del mencionado maltrato de la maestra: *si es verdad, la mato*. Aquí la certeza tiene peso y la venganza se presenta como la única manera de ajustar las cuentas. Evitando el conflicto, evitando la pregunta, evitando el no saber.

Zaira no va al jardín para no encontrarse con su compulsión a morder a un compañerito que tiene una discapacidad. Todo esto consentido por sus padres.

El padre la saca de la escuela para evitarse el enfrentamiento con la familia del compañerito, pero no se pregunta por el sufrimiento ni de la hija ni del niño a la que ésta dañaba. No hay allí un “eso está mal, no se muerde a un compañerito”, “no se muerde a un niño discapacitado”. Tampoco está la pregunta por la hostilidad de Zaira. Solo hay una respuesta. Me pegan y pego. Devuelvo la hostilidad que recibo.

No transmite a su hija un cuidado por el otro, un reconocimiento del dolor que le puede producir al compañerito, “no hagas al otro lo que no te gusta que te hagan a vos”, ni tampoco la pregunta por el sentido de la agresividad de Zaira, la pregunta por el sufrimiento, por su propio padecimiento.

La madre se enoja con la maestra. Le cree a la niña y reafirma que la agresión viene de la maestra.

Marcos:

Un chico de 16 años llega a la consulta derivado del hospital de niños. Ha tenido un accidente de motos, luego de permanecer

un mes internado, es derivado al Centro de Salud para continuar los tratamientos.

El accidente se produce cuando Marcos, manejando una moto, se cruza con un auto de remisse, quien lo atropella. Según lo relatado por los profesionales del Hospital, se encontraba bajo los efectos del consumo de cocaína en el momento del accidente.

Sufre un traumatismo importante en la cara, requiriendo una operación maxilofacial entre otras intervenciones, lo que le ha dejado secuelas importantes como la falta de dentadura y marcas evidentes a la altura de uno de los ojos, daños que atañen a la imagen de su cara.

A continuación del accidente, los familiares de Marcos balean la casa del remisero, terminando éste internado en estado delicado de salud.

Marcos es un chico que ha transcurrido parte de su vida al cuidado de su abuela, no teniendo (según sus palabras) ningún lugar donde sentirse bien. Consume desde hace varios años, y en su casa materna funciona un bunker de venta de drogas.

A pesar de que su acercamiento vino precedido por una indicación legal (disposición de la Dirección de niñez), Marcos puede encontrar en la consulta un lugar para él. Así es como se permite relatar que su papá estuvo casi siempre preso, y contar de la vergüenza que siempre tuvo porque los chicos del barrio hacían referencias a esto, dejándolo identificado a los estigmas de su padre. Relata que el padre siempre dijo que lo hacía por él, para darle lo que necesitaba. “*Yo necesitaba que él esté conmigo*” dice Marcos.

Luego de algunos encuentros, (que se llevaban a cabo de manera intermitente, y que muchas veces se producían por un llamado de mi parte) podemos hablar sobre lo que le pasó en el accidente.

Marcos dice que el remisero le tiene miedo y que, por esto, ese hombre no sale a la calle. “*A mí no me gusta que me tenga miedo. Fue un accidente. Ahora pienso que fue un accidente*”, dice. Él sabe del ataque de su familia hacia ese hombre. “*No me gusta que me tenga miedo*”.

A continuación, relata un episodio donde él se encamina junto a otros pibes con intenciones de atacar a este señor en su propia casa. Y dice: “*entramos por el pasillo y en la mitad, no sé, el de arriba me iluminó, y me volví*”.

Retomando las preguntas

Voy a organizar la exposición de manera que me permita transmitir algo más de lo que me interpela desde la clínica de APS y que he tratado de presentar a través de estas breves viñetas.

Propondré tres ejes:

- Construcción problemática de lo traumático.
- Construcción de legalidades.
- Intervención posible desde los recursos clínicos que aporta el psicoanálisis.

Sobre los efectos traumáticos en condiciones de violencia:

Es importante como primer punto no confundir el acontecimiento de la realidad, los hechos acaecidos, con lo traumático. Como plantea Silvia Bleichmar⁷, es necesario “...*reformularnos una relación entre el aparato psíquico y la realidad en función de pensar un modo de organización que no se limita a reflejar la realidad sino a procesarla.*”

El psicoanálisis, dice la autora, no se ha postulado como teoría de las relaciones del sujeto con la realidad objetiva, sino con una realidad que está poblada de objetos libidinales de las pulsiones y del yo.

7 Bleichmar, S., *Conceptualización de la catástrofe social. Límites y encrucijadas*, URL <https://es.scribd.com/document/94133831/Silvia-Bleichmar-Conceptualizacion-de-la-catastrofe-social-Limites-y-encrucijadas>.

Se trata de pensar cómo impacta la realidad en el sujeto psíquico. En ese sentido, voy a concebir al traumatismo como aquello que viene a producir un desequilibrio y obliga al aparato a encontrar nuevas formas de recomposición.

Un acontecimiento que desborda la organización psíquica requiere un reacomodamiento que impida que dicha organización al interior del aparato sea arrasada por él. Si la intensidad del acontecimiento supera ampliamente las posibilidades de ligazón, de elaboración de aquello que invade desde afuera del aparato, estamos en el terreno de los efectos traumáticos, efectos desestructurantes de los modos subjetivos habituales de funcionamiento. Se plantea allí la necesidad de estructurar de algún modo nuevos enlaces que permitan al yo recomponer sus relaciones con la tópica psíquica.

El duelo, tal como lo enseñó Freud es un proceso constitutivo y refiere a la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces. El trabajo del duelo consiste entonces, frente al examen de realidad que muestra que ese objeto amado que existía ya no existe, en el retiro de la libido del mismo objeto y sus enlaces. Este proceso se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía.

Un acontecimiento que conlleva una intensidad afectiva insostenible requiere, para constituirse como recuerdo, de operaciones de ligazón y sustitución que permitan construir un pasado.

El duelo es una operación muy compleja que implica olvidar para recordar. El objeto perdido se recupera en su parcialidad a través del recuerdo.

Cuando se trata de niños la afectación que resulte de un acontecimiento de gran intensidad afectiva, va a depender del momento de constitución respecto de este otro significativo y el acompañamiento de otros adultos que posibiliten ir mediatizando dicho acontecimiento.

Retomando las situaciones clínicas planteadas, tanto en la situación de X, como en la de D, ambas abuelas muestran en este primer encuentro un dolor, que conlleva cierto enmudecimiento, cierto anonadamiento.

La abuela de X tiene una presencia melancólica, desinvertida, replegada sobre sí misma y ausente que recae sobre la niña y sobre toda la escena de la consulta. X queda en soledad, enfrentada a procesos de irrupción pulsional como respuesta a la pérdida de un objeto primordial. La abuela no sabe qué hacer con su nieta al igual que no sabe qué hacer con la muerte de su hija.

D ha recurrido a una inhibición o un trastorno en el habla y en las funciones del pensamiento.

Su abuela trasmite un silencio, un secreto sobre los hechos ocurridos con su hija, madre de D.

En ambas situaciones estas abuelas traen a la/os niños mostrando algo a través de ellos, algo que les resulta insoportable, para lo que no hay muchas palabras y de lo que no ha habido mucha explicación. Predomina la resignación y no se sugiere deseo de justicia. Se manifiesta más bien un estancamiento en el proceso de dilucidar qué es lo que ocurrió con la muerte de sus hijas. El silencio es un modo defensivo frente a la intensidad del traumatismo derivado de la muerte violenta de sus hijas.

En el caso de S. la venganza es su modo de enfrentar el impacto desestructurante.

En las tres situaciones se vislumbra la incidencia traumática de una violencia que entramada en un tejido social y político se instala en la singularidad de la vida de cada una de estas personas.

“Únicamente el artificio de un relato dominado conseguirá transmitir parcialmente la verdad del testimonio” escribía Semprún

El proceso de elaboración, la producción del artificio de un relato dominado, va a tener que ver también con la legitimación que otorga el discurso social. En el caso de X este gris en el que queda la resolución jurídica del asesinato, sin sanción, deja a los protagonistas inmediatos y a aquellos que están ligados afectivamente enfrentados a una respuesta que, en el terreno de lo íntimo, incrementa las pulsiones hostiles.

La respuesta político-institucional devuelve una impunidad que vacía de sentido la ley, remitiendo el asesinato al ámbito de lo privado e íntimo.

Al no sancionar el “no matarás”, ley que trasciende toda explicación, quedan los protagonistas enfrentando la hostilidad, o bien, haciendo justicia por mano propia, o bien, a través del anonadamiento subjetivo, el estancamiento yoico o el desinvertimiento de la realidad. En las tres situaciones el tratamiento de los conflictos implica una escasa disponibilidad de palabras. Estos adultos que toman a su cargo el sostén afectivo necesario para la continuidad narcisística en estos niños también ven excedido su universo simbólico por acontecimientos de carácter “invivibles” que invaden su vida produciendo un dolor irrepresentable.

La pregunta es cómo operan estas vicisitudes en la transmisión de los recursos necesarios para los procesos de simbolización y construcción de la realidad a sus generaciones venideras.

Los efectos traumáticos en una generación, el silencio, la angustia, el anonadamiento como ausencia, conllevan condiciones traumatizantes en los niños.

En las tres situaciones presentadas que involucran niños, éstos hablan: D tiene una bolita que le impide hablar y aprender, X está enojada y empeñada omnipotentemente en negar una realidad que la desborda y Z habla de sus impulsos hostiles a través de la proyección sobre la maldad de la maestra.

Los niños intentan abrirse caminos de representación y derivación de ese intenso dolor que transmiten los adultos, generando relatos que les competen.

Las adultas que los/a sostienen, obstaculizan ese camino. El anonadamiento de la abuela de X, su silencio y su confusión recaen directamente sobre su nieta: “no sé qué hacer con ella”.

La abuela de D dice que él no tiene madre. Negación de ese lugar que genera dolor en ella y aporta al síntoma en el niño.

La mamá de Z sostiene una identidad entre el relato de la niña y la realidad, obstaculizando las preguntas o las derivaciones de la hostilidad de Z, culpabilizando a la maestra.

La venganza aparece en estas situaciones como otra modalidad de respuesta como lo es el silencio o el anonadamiento, al servicio de evitar los efectos desestructurantes de los traumatismos. Será nuestra función acompañar un proceso que ayude a recomponer los recursos psíquicos arrasados, que pongan límite a lo mortífero y posibiliten a posteriori un camino elaborativo.

Construcción de legalidades en condiciones de violencias:

El quiebre del tejido social como resultado de la implementación de políticas neoliberales produce un escenario que hace recrudecer la emergencia de modalidades violentas en los lazos, tal como he descrito en la primera parte de este trabajo.

La venganza es un modo manifiesto de respuesta frente a los conflictos con el semejante; aparece frecuentemente como respuesta frente al agravio, a la afrenta que se produce en el encuentro con los otros, como un modo particular de enfrentar la alteridad.

¿Cómo se construye la legalidad, como se construye el lazo con el semejante, el reconocimiento del sufrimiento del otro? ¿Cómo se transmiten los modos de conformación de legalidades de generación en generación?

¿Qué pasa cuando alguien muestra indiferencia por el dolor del otro, cuando la empatía no alcanza para ponerse en el lugar del dolor del otro? ¿Cómo se estructuraron los procesos constitutivos del sujeto para que haya o no haya culpa del dolor producido a otro?

Reconocer al semejante como tal, permite ubicar responsabilidades. Hacerse cargo de aquello por lo cual se es responsable y ubicar aquello por lo cual no se es responsable, es una manera de separar, ordenar. En definitiva, posibilitar una terceridad que abra otros caminos menos mortíferos para el sujeto.

Retomando el relato de Marcos, podemos escuchar en él sentimientos de vergüenza y culpabilidad presentes frente a los mandatos a los cuales está “destinado”. En los primeros encuentros,

muestra en su relato, podríamos decir, un llamado a ocupar el lugar del padre en tanto “delincuente”, llamado a cargar con sus estigmas e impulsado a continuar con los mandatos familiares. Debe vengarse, única forma de respuesta ante el agravio de la persona que le causó el accidente.

No obstante, luego de algunos encuentros puede habilitar la duda y la pregunta. Él no es el padre. ¿Por qué toma para sí la vergüenza de un padre “delincuente”? “*El de arriba me iluminó*”, dice. El “no matarás” iluminó para poner un freno al impulso vengativo, al mandato familiar de quienes ya habían tomado venganza hacia el autor del hecho que llevó a Marcos a ser hospitalizado. M se iluminó, algo lo convocó a romper con lo compulsivo de una repetición que lo llevaba a cumplir con una acción a la que estaba “destinado” y que lo dejaba desimplicado de sus actos.

Sara, a diferencia de Marcos, no siente vergüenza. Siente necesidad de venganza. Niega la posibilidad de un suicidio del padre (lo cual quizás la enfrentaría con algún sentimiento de debilidad o vergüenza), anticipando una posición vengativa respecto del autor del supuesto crimen.

Esta posición se transmite a su hija Z interceptando las posibilidades de la niña de preguntarse por sus impulsos hostiles, en definitiva, de preguntarse por su lugar como sujeto, más allá de la recurrencia materna a la venganza como modo de limitar el arrasamiento que para esta madre implican los acontecimientos. La alternancia entre mato o me mato, no da opciones. Z habla de la hostilidad, de lo impulsivo y con su relato deja abierta la pregunta. Demanda ser escuchada en su relato propio, diferente del de la madre. El padre la saca de la escuela para no tener problemas con los otros (la escuela, la otra familia). Pero no porque hay un niño que sufre. No porque su hija siente un impulso a lastimar a otro niño.

El recurso a la venganza aparece aquí, como un obstáculo en el camino de la significación de la pérdida, de la instauración de recursos posibles para el duelo, a la vez que es una manera de defenderse del arrasamiento que implica la intensidad de lo traumático que no encuentra otras vías de derivación.

La perplejidad y el lugar de analista

Nuestra práctica en el ámbito público está atravesada fuertemente por las problemáticas que aquejan la calidad de vida de las poblaciones. Nos convoca la construcción de legalidades que constituyen los lazos y nos importa la crueldad⁸ que se manifiesta muchas veces de maneras impensables arrasando la subjetividad de aquellos a quienes recibimos en nuestras instituciones.

La complejidad del trabajo del psicólogo allí, hace que esté articulado permanentemente con otras disciplinas, con otros ámbitos institucionales y de saber.

Es por esto que resulta importante volver siempre sobre la pertinencia del objeto que nos compete, para aportar una singularidad a las estrategias de alojamiento de los sujetos y sus padecimientos, para hacer más eficaces las intervenciones.

La apuesta es hacernos cargo de lo que nos toca como analistas. Intentar despejar cuales son los recursos psíquicos, los modos de recomposición del aparato, los desequilibrios pulsionales que desbordan muchas veces como efectos desencadenados por acontecimientos de gran intensidad.

Intentaré retomar la pregunta formulada anteriormente acerca del sentido tanto de las consultas como de las intervenciones en situaciones donde se percibe mucho dolor psíquico, donde el modo de presentación es masivo, con niños y adultos presentes y donde muchas veces son encuentros únicos o encuentros que no se continúan el tiempo necesario para instalar un proceso.

Cuál es la razón de estos encuentros, me preguntaba, y que es lo clínicamente posible allí.

En todos los casos trabajados se trata de sujetos desbordados por procesos traumáticos con manifestaciones de extremo dolor

8 Fernando Ulloa, dice que no hay que confundir la crueldad con la agresividad. “...la crueldad es un dispositivo socio cultural, es un dispositivo orgánico, sostenido...implementado por la agresión pulsional del hombre...”

psíquico, donde se pueden vislumbrar modos de transmisión de los recursos subjetivos que exponen a los hijos a condiciones traumatizantes para ellos/a. Los niños hablan y hacen sus propios pedidos de ser escuchados.

Volviendo a la perplejidad que me sirvió de disparadora para interesarme por estas problemáticas, quisiera decir que, si bien la perplejidad me interpeló en un primer momento como un obstáculo a la escucha, una intromisión de mis propias escenas temidas en la relación transferencial, luego la entendí como una oportunidad.

Como siempre la transferencia es resistencia y a la vez potencialidad del despliegue de las representaciones de quien demanda. Puedo pensar que esa perplejidad de mi parte, ante el silencio, ante lo horroroso de las escenas convocadas, lo “invivable” de esas experiencias, abren en el ámbito de la entrevista un universo enigmático, un filtro al saber, al “todo a la vista”, como en el caso de Diego y su abuela. Quizás de mi lado, quedarse muda, no tener nada para decir, o no saber qué hacer, abre una posibilidad para romper la naturalización de la que hablaba anteriormente, para introducir el enigma, la pregunta, el no saber, y así romper ese silencio que “lo dice todo”.

Se hace necesario distinguir la perplejidad que se produce en los sujetos que consultan y que remite a lo invivable de las experiencias relatadas, de la perplejidad del lado del analista, entendida como un estado transferencial analizable, como un indicador que conlleva una lectura de la situación.

Escuchar a D en su preocupación “por qué una bolita le impedía hablar”; ofrecerle juguetes a X en un momento de tanto desborde; hacer entrar a las hijas de S y escuchar la denuncia de Z acerca de que su maestra era mala, fueron modos, puedo pensar ahora, de proteger subjetivamente a los niños y a los adultos. Se produjo algo en cada situación que fue como decirles: vos no sos sólo “eso”, limitando el acontecimiento que arrasó la subjetividad de cada uno allí. Ubicar al sujeto en sus múltiples vicisitudes es ofrecer nuevos sentidos que funcionen como filtro al arrasamiento psíquico que produce lo traumático.

Ofrecer un espacio a solas para la abuela de X, aunque no haya sido posible, también tuvo la intención de ordenar un tiempo, una espera. Separar, restituírle a cada uno un lugar ordenando las escenas, funciona protegiéndolos subjetivamente.

Es necesario un tiempo, un corte en el presente continuo de lo traumático, generar allí condiciones para nuevos reordenamientos psíquicos que posibiliten en un a posteriori un trabajo de duelo.

Contar con el recurso creativo de un espacio transicional, tal como lo pensó y transmitió Winnicott, es un camino para pensar un tiempo, una posibilidad de representación, un límite posible para soportar lo insoportable sin ser arrasado. Dice Winnicott en su libro “*Realidad y juego*”⁹ que existe además de una realidad interna y una realidad externa,

“...una zona intermedia de experiencia a la cual contribuyen la realidad interior y la vida exterior. Se trata de una zona que no es objeto de desafío alguno, porque no se le presentan exigencias, salvo la de que exista como lugar de descanso para un individuo dedicado a la perpetua tarea humana de mantener separadas y a la vez interrelacionadas la realidad interna y la exterior.”¹⁰

Tener presente este espacio transicional es una cuestión ética de la práctica como analistas allí, para no dejar al sujeto en la pura presencia de la realidad pudiendo hacer una apuesta: una puesta a prueba de la realidad que permita ponerla en duda, jugarla de alguna manera. Apostar que un espacio transicional de la mano de la transferencia pueda poner alguna distancia y un orden respecto de la extrema intensidad de la realidad.

Muchas veces, como dije anteriormente, hay una única consulta, una sola oportunidad. Y uno se pregunta: si no hay proceso, si

9 Winnicott, D., *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1971.

10 Op. cit.

no hay continuidad, cual es el valor de esa consulta, de ese encuentro. Creo que soportar un espacio transicional allí es “aprovechar una oportunidad”, para aportar esa distancia en un movimiento que va a contrapelo del peso de lo traumático del acontecimiento que muestra la realidad en juego.

Para concluir, quiero retomar el texto freudiano “*Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*”¹¹, de 1918, donde Freud anticipaba los desafíos a los cuales el psicoanálisis estaría expuesto a partir de nuevas condiciones sociales: Se plantea allí un futuro donde será necesario adecuar la técnica psicoanalítica a las mismas.

La inclusión de múltiples modos de presentación del sufrimiento subjetivo en los distintos ámbitos donde los psicólogos ejercemos hoy nuestras prácticas, hacen necesaria esta revisión, destacando la importancia de la abstinencia como un concepto al que no debemos renunciar. Freud lo nombra allí como un principio soberano:

“En la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación –de abstinencia–.” y continúa: “Nos negamos de manera terminante a hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar en él su destino, a imponerle nuestros ideales y, con la arrogancia del creador, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza”.¹²

11 Freud, S., “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, en *Obras Completas*, vol. XVII, Buenos Aires, Amorrortu, 2007.

12 Op. cit.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIEL, A., Seminario: Los destinos del odio en la clínica de las neurosis, Fundación Estilos, 2008, URL <http://www.fundacion-estilos.com.ar/2008clasesaa.html>.

BAÑOS, L., STEINBERG, L., *Dificultades de la práctica del psicoanálisis*, Rosario, Homo Sapiens, 2012.

BLEICHMAR, S., Conceptualización de la catástrofe social. Límites y encrucijadas, URL <https://es.scribd.com/document/94133831/Silvia-Bleichmar-Conceptualizacion-de-la-catastrofe-social-Limites-y-encrucijadas>.

BLEICHMAR, S., *El desmantelamiento de la subjetividad. estallido del Yo*, Buenos Aires, Topia, 2009.

FREUD, S., “Duelo y melancolía”, en *Obras Completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 2007.

FREUD, S., “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, en *Obras Completas*, vol. XVII, Buenos Aires, Amorrortu, 2007.

FREUD, S., “Recordar, repetir y reelaborar”, en *Obras Completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 2007.

NAUSSBAUM, S., Identificaciones alienantes y repetición. Una transmisión transgeneracional, URL <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Nussbaum.pdf>.

SEMPRÚN, J., *La escritura o la vida*, Buenos Aires, Tusquets, 1995.

ULLOA, F., *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*, Buenos Aires, Paidós, 1995.

ULLOA, F., “Desamparo y creación”, en Reuniones de la biblioteca, Red de investigación en psicoanálisis.

WINNICOTT, D., *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1971.

DOCUMENTOS

Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

Múltiple interés por los dispositivos.¹

Una experiencia radial de dispositivo

MARICEL STICOTTI*

“La incapacidad permanente de pensar lo que es histórico se traduce en la impotencia que consiste en no hacer otra cosa que aplicar una y otra vez la misma abstracción a realidades que cambian constantemente”

CORNELIUS CASTORIADIS²

Como punto de partida sitúo el atolladero propio de las resistencias en la escritura de una experiencia. Ya sean por autorización personal, posición, ecos de transmisión y reparos varios de escribir, como también por tratarse de una experiencia en la salud pública. Advierto que no son pocos esos enredos como punto de partida.

Escribir de las dificultades de una experiencia recortada en el ámbito de la salud pública, de los efectos de los discursos que en él se producen, - sobre los sujetos, las prácticas y nuestra práctica- más que una dificultad, es parte de un debate con un colectivo de trabajadores con el que comparto experiencias y un campo de tensión-acción al que me apronto para debatir.

1 Parafraseando el texto de Freud, S., *Múltiple interés por el psicoanálisis*, trad. López Ballesteros, 1985.

2 Castoriadis, C., *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*, Barcelona, Editorial Gedisa, 1988.

* MARICEL STICOTTI: Psicoanalista. Psicóloga del Centro de Salud Barrio Plata Ariel Morandi. Secretaría de Salud pública. Municipalidad de Rosario.

En la tensión de escribir, tal vez abra algunas cuestiones complejas.

Escribir y problematizar sobre los dispositivos ya lo han hecho y desplegado varios autores reconocidos y no pocos colegas en sus recorridos. Por tanto, levantando algunas resistencias, escribo.

Tomo una cita de Giorgio Agamben para poner en tensión, eso que suelo analizar en el campo de prácticas en las instituciones:

“Pero si es posible intentar detener la máquina, exhibir la ficción central, esto es porque entre violencia y derecho, entre la vida y la norma, no existe ninguna articulación sustancial. Junto al movimiento que busca mantenerlos a cualquier costo en relación, existe un movimiento contrario que, operando en sentido inverso en el derecho y en la vida, intenta en todo momento desligar lo que ha sido artificiosa y violentamente ligado. Es decir: en el campo de tensión de nuestra cultura actúan dos fuerzas contrapuestas: una que instituye y pone y una que desactiva y depone [...] verdaderamente política es sólo aquella acción que corta el nexo entre violencia y derecho”.³

Con apariencia de un mismo movimiento, podría tomar para seguir, también, los aportes freudianos del malestar en la cultura, las pulsiones, y todas las consideraciones en torno al inconsciente para pensar lo que ha sido ligado artificiosa y violentamente.

Forzando el decir de Agamben, en el espacio-tiempo de los dispositivos, “*entre violencia y derecho; entre la vida y la norma*”, efectos subjetivos, producciones de subjetividad se activan y operan en el mismo movimiento incesante en que se desactivan esos efectos de lazo y subjetivación.

En la tentativa de transmitir cómo se instituyen y adquieren sentido los dispositivos, encontramos múltiples relatos fragmen-

3 Agamben, G., *Estado de Excepción*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo, 2010, p. 156-157.

tarios. De las experiencias que lo intentan cada vez. Desafíos de las prácticas. Diversidad de dispositivos que exponen las tensiones crecientes, relevantes.

Solo algunos relatos de experiencias son indicios de lo que resiste y se inscribe para detener la máquina en la que desarrollamos las prácticas en salud pública.

Estas experiencias diseminadas en los intersticios de la salud pública, del operar del psicoanálisis y las psicologías, quedan atrapadas, encriptadas en el mejor de los casos y negadas en otros, no produciendo las consecuentes mediaciones de los psicólogos en las construcciones de políticas públicas en salud mental. Tenemos caminos que andar y que desandar para arbitrar en esa participación. Aún cuesta empoderarnos.

¿Qué implicaría para nuestras prácticas y en el campo de la salud mental apropiarnos de una Ley de Salud Mental⁴ que sienta precedentes de lo que cotidianamente hacemos? Lo que hacemos y no hacemos como psicólogos trabajando con las instituciones públicas involucraría ir abriendo esos caminos.

¿Escribir? ¿Reelaborar? ¿Analizar? Las dificultades para escribir, para supervisar, para analizar como practicante del psicoanálisis en ámbito público, tienen alcances clínicos en los tiempos de los imperativos de lo urgente. Campo ineludible de esa clínica que hacemos, es recuperar los tiempos y las necesarias escansiones para reelaborar las prácticas.

Las prácticas, nuestras prácticas, las desarrollamos en el contexto del trabajo institucional, en el contexto de las vulneraciones de derechos y de las vulnerabilidades sociales. Construimos una clínica diferida de los tiempos de lo urgente y deconstruida de los imperativos. En intensión y en extensión al lazo, con los malestares que presenta y que nos presenta, nuestro trabajo como analistas aborda los procesos inconscientes.

4 Ley de Salud Mental 26.667, Decreto Reglamentario 603/2013.

Parece pertinente volver a insistir sobre lo inconsciente. Cuando estamos en el molinillo centrífugo de las urgencias, es casi una indicación clínica para un analista que intenta situarse. Las derivas de la urgencia, sus componentes atentan dejarnos sin lectura del devenir inconsciente. Las instituciones, tal vez no quieren saber de eso. Sus modos, sus formas irrumpen. Lo institucionalizado, para ser más precisa, no quiere saber de eso. Las instituciones, no todas, las no totalizantes, lo alojan con el desafío de producir movimientos instituyentes. Alojar, incluir, resistir lo disruptivo. Lo disruptivo es eso que produce la interrupción súbita del cotidiano. Que irrumpe y sacude adentro-afuera de los Centros de Salud.

La realidad del inconsciente, sus tramas, eso nos convoca.

Esa clínica en el campo cotidiano en un Centro de Salud es con otras disciplinas. Freud, en “*El interés por el psicoanálisis*”⁵, de 1913, insiste sobre el hecho de vincular al psicoanálisis con otros campos: “*El psicoanálisis reclama el interés de otros, además de los psiquiatras, pues roza varios ámbitos diversos del saber y establece inesperadas conexiones entre estos y la patología de la vida anímica*”. Esos diversos ámbitos de saber, nos dirige a un proceso de trabajo aun con aquellos saberes que “*desautorizan el procedimiento*”⁶. El procedimiento psicoanalítico.

A mi entender, Freud nos aproxima el psicoanálisis como una praxis. Queda a cuenta de cada practicante. ¿Nos anima a la multidisciplina, a la interdisciplina, a la transdisciplina?

Podríamos decir con Freud:

“...esas serían algunas de las dificultades que les saldrían al paso si ustedes se ocuparan del psicoanálisis. Quizás es más que suficiente para empezar. Si pueden sobreponerse a la im-

5 Freud, S., “El interés por el psicoanálisis”, en *Obras Completas*, vol. XIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

6 Op., Cit.

presión que ellas les han causado, habremos, por nuestra parte, de continuar”.⁷

¿Nos sobreponemos? ¿Continuamos analizando las complejidades del malestar?

El *Malestar en la cultura*⁸ y el contexto histórico-político nos relanza una y otra vez a posicionarnos en las prácticas.

Así, en la tarea de *los imposibles*⁹ gobernar, educar, analizar, una apuesta clínica acota lo posible. Acota, podemos decirlo. El psicoanálisis en la salud pública aparece en los espacios que las instituciones complejizan. Por sus intersticios, en la elocuencia institucional, la pertinente presencia del analista, agujerea, horada unas diferencias.

Una vez más, el Centro de Salud como institución sanitaria y el psicoanálisis como horizonte componen experiencia.

Un recorrido. Con historia.

En la Salud Pública Municipal, los Centros de Salud se inscriben en la estrategia llamada Atención Primaria de la Salud (A.P.S) del proyecto de gestión del gobierno socialista en Rosario desde 1990¹⁰. Precisamente, toda una bibliografía de autores seleccio-

7 Freud, S., “Conferencia de introducción al psicoanálisis”, en *Obras Completas*, vol. XV, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

8 Hace referencia al texto Freud, S., “El malestar en la cultura”, en *Obras Completas*, vol. XXI, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

9 Cf. Freud, S., “Análisis terminable e interminable”, en *Obras Completas*, vol. XXIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

10 Capiello, M. A., Paradiso, J. C., “Gestión de la salud: Principios orientadores puestos en acción en un contexto” en Municipalidad de Rosario, Secretaría de salud Pública, *Salud en el Municipio de Rosario. La construcción de salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de gestión*, Entrevistas, 1º ed, Rosario, UNR editora, 2003.

nados y documentos elaborados apoya el Proyecto de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Por mencionar algunos aportes, las conceptualizaciones de la salud colectiva, de Gastao de Sousa Campos¹¹, -Experiencia Campiñas-Brasil- y Mario Rovere¹², -Gestión en salud y redes en salud- serán algunos de los referentes y aportes para señalar el lugar preponderante y la consideración de la subjetividad en los procesos de salud-enfermedad.

Se definía así una política pública en salud representada por cada *Centro de Salud de atención primaria*, y un *equipo de salud de referencia* que pudiera dar cuenta de la situación poblacional. Los Centros de Salud trataban de diferenciarse, por historia e impronta, de los Dispensarios.

Entre tanto, cobra sentido incorporar un psicólogo, solo uno, por Centro de Salud.

Como antecedente de esta incorporación y para hacer posible una clínica en las instituciones públicas, han sido fundamentales esos colegas, psicólogos de Rosario, que llevaron el psicoanálisis a los hospitales de la ciudad. Los hospitales y la conformación de los servicios de salud mental merecen otros apartados.

El trabajo en los centros de salud para los psicólogos ha tenido distintos momentos según las gestiones de gobierno. Desde el Programa de Salud Mental a la actual Dirección de Salud Mental, distintos directores marcaron con sus recorridos los procesos de trabajo. Cabe aclarar que se trata de momentos y reflexiones generadas desde el inicio de mis prácticas en los efectores de la salud pública municipal. Otro han sido los pasos de los psicólogos del ámbito provincial.

11 Cf. Souza Campos, G., *Gestión en salud. En defensa de la vida*, Rosario, Lugar, 2008.

12 Rovere M., *Redes en salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario, Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999

Interesan, en lo que tiene de recorrido, las discusiones generadas en los primeros años de ingreso a la Dirección de Atención Primaria y que giraban en torno a la función de un psicólogo en un Centro de Salud con la estrategia APS¹³. La supuesta hegemonía del psicoanálisis, del consultorio privado como encuadre, y una crítica de la clínica individual estaban a la orden del día generando controversias.

La preocupación por la existencia de un psicólogo que no acompañara la estrategia comunitaria y poblacional ocupaba a los gestores de salud pública. Entre tanto, lejos del supuesto resguardo del hospital general, el trabajo de los psicólogos en los centros de salud comenzaba a articularse. Con otros discursos (el sanitario como principio) y con otras prácticas (disciplinares, comunitarias).

Los hospitales, segundo nivel de complejidades médicas por su disponibilidad edilicia y técnica, contaban con los Servicios de Salud Mental.

Desde el Centro de Salud, que según los lineamientos generales era el primer nivel de atención tanto geográfico como de accesibilidad al servicio sanitario para la población, distintos avatares se llevaban adelante por -un psicólogo- que se incorporaba al trabajo en cada institución.

La sucesiva incorporación de psicólogos para los Centros de Salud se daba paso como respuesta al tratamiento de las más complejas y crecientes demandas. Además de delinarse el papel de la clínica médica llevada adelante por APS, el lugar de un psicólogo se delineaba en ese desarrollo.

Como psicólogos el primer, segundo o tercer nivel de atención, no era solo una organización general del discurso de las gestiones de gobierno. Marcaba una orientación del trabajo que no siempre se explicitaba por las consabidas controversias que se generaban en el colectivo de psicólogos.

13 URL <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-177.pdf>.

Para los psicólogos, -del hospital, de los centros de salud-, se trataba de transitar un modo de hacer clínica en y desde las instituciones. En ese andar, y como psicóloga en un Centro de Salud, tomaba fuerza interrogar todas las instancias que delineaban la clínica en el contexto.

Desde la clínica con orientación psicoanalítica se hizo prioritaria la práctica de encuentro con otros colegas y analistas. Dar cuenta del seguimiento de un tratamiento singular; intercambiar las hipótesis de trabajo en los dispositivos entre colegas, ha posibilitado, para los psicólogos en salud pública, encontrar espacios para desarmar los discursos destituyentes de nuestra clínica.

La distancia hospital-Centro de Salud del organigrama de los lineamientos generales de la salud pública, no era tal en las presentaciones clínicas. La clínica nos arrojaba siempre a sus complejidades y a las complejidades institucionales-barriales.

No todos pudimos armar espacios para reelaborar esas complejidades.

Con el tiempo, con algunos colegas, se consensua la propuesta de las presentaciones clínicas, las presentaciones de situaciones, la posibilidad de autorizarse cada cual, a un recorte. Un espacio que, a mi parecer, arbitraría el ejercicio de nuestras prácticas.

El espacio de la reunión mensual por distrito tuvo distintos bemoles para los psicólogos. La asistencia además de los distintos directores de la Dirección de Salud Mental oscilaba y ponía en agenda distintos temas.

En tanto, aparecía con particular recurrencia de los colegas psicólogos el decir de la soledad de las prácticas en los centros de salud. Esa insistencia condice con los tiempos urgentes de intervención y la necesidad de actuación del campo psi en cercanía de la institución sanitaria, la comunidad y sus demandas. En las complejas marcas del devenir de lo cotidiano, la demanda entrama y entrapa las prácticas.

Al supuesto resguardo del hospital general o en la soledad subsidiaria del Centro de Salud, múltiples coordenadas clínicas se abrían con el modelo sanitario de la APS.

La demanda de los gestores de gobierno centradas en dar prioridad a los talleres como estrategia de abordaje poblacional que incluyera a más personas, fue otro eje de discusiones. Parecía ser de poca cabida para psicoanalistas trabajando con sujetos singulares las lógicas de trabajo comunitario en talleres.

Abriéndose paso a través de la mixtura de las consideraciones generales, de las situaciones poblacionales y de la coyuntura política, la salud pública iba planificando, según mi parecer, el paso a paso de lo que se esperaba de un psicólogo más que de un analista.

Como analistas sabemos que “No cualquier análisis de fenómenos psicológicos merecerá el nombre de psicoanálisis”¹⁴.

¿Aún, un analista en función?

Lógica de los talleres

La discusión sobre la lógica de los talleres fue un correlato que intentaba seguir instalando una clínica específica, APS, para abordar las problemáticas en el campo de la salud pública.

Como si se tratara de sustantivos problemas, el discurso sanitario va planteando la necesidad de integrar a los psicólogos al trabajo en el territorio social. Psicólogos algunos ya trabajando en los Centros de Salud, otros psicólogos concursados para trabajar en los lineamientos de Salud Pública. La actuación del psicólogo en el campo social implicaría integrar sus herramientas de análisis definiéndose en una lógica de talleres.

Deshacer las clínicas del uno por uno, para dar lugar a los talleres era parte de la planificación estratégica para el abordaje social. Presentados los talleres como una lógica, es decir, como una idea o sucesión de hechos que se manifiestan o desarrollan de forma coherente y sin contradicciones, así como el énfasis puesto en la

14 Freud, S., “El interés por el psicoanálisis” ... Op., cit.

solución de problemas, tuvo sus consecuentes resistencias entre los psicólogos.

Como se lo presentaba, un taller sería un espacio pensado desde quien o quienes, desde una planificación estratégica¹⁵, lo proponen y ofertan para propiciar espacios de salud.

Se abre así, con los talleres, un trabajo con cierta temática que se intentaba abordar. Problemáticas que, por su complejidad, sus múltiples determinantes y condicionantes, comienzan a ser relevantes como esfera del ámbito de salud pública. Así el taller, como lógica aplicada, permitiría ser replicado en los distintos ámbitos donde la problemática se presente, teniendo como eje una finalidad explícita.

El taller se propone en respuesta a cierta lectura de prevalencia de problemas en lo social. Algunos ejemplos serían, Talleres para dejar de fumar, de Alimentación saludable, etc...

Suelo pensar en talleres cuando puedo leer en los espacios-propuestas, las abiertas manifestaciones de las intenciones de lo educativo-formativo-normativo desplegándose hacia las personas. Se participaría para un objetivo-fin, como liberarse del cigarrillo, aprender un oficio, caracterizar las adicciones, propiciar el desarrollo infantil temprano, etc...

El taller apunta, desde esta perspectiva, a la problemática general más que a la singularidad de los participantes. Va de una consideración de lo general a lo particular de la problemática, subsumida ésta en una política verticalizada por talleres.

Como lógicas en juego diferentes al proceso que implica generar dispositivos de subjetivación en el campo de trabajo cotidiano, su caracterización y función, no les quita ni les agrega a los talleres la importancia que tienen en lo relativo a producir programas de salud y su impacto en políticas, legislaciones y puntos de anclaje en lo político. ¿Será por esas lógicas que los talleres tienen mejor

15 URL <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/rovere2.pdf>.

recibimiento de los gestores de políticas, gozan de mejor prensa y son avalados por las investigaciones?

En segundo plano queda, con el formato de taller, el problema, la problematización y el eje transversal que atraviesa todo problema. Basta leer el terreno social-político en que ciertas prácticas interdisciplinarias se ponen en juego para dar razón y poner en marcha espacios-taller como éstos. Despliegue de toda una parafernalia de discursos disciplinares lo respaldan. Los psicólogos trabajamos también en ellos.

En espera de una ilusoria transformación por la participación en un taller, (“*ganancia secundaria*”¹⁶ de los talleres), las prácticas disciplinares que lo planifican (a pura ganancia según el discurso que las sostiene) no producen muchas veces los movimientos necesarios para propiciar momentos singulares de subjetivación o de empoderamiento ciudadano.

Cada vez, en cada repetición, sin la consideración de la diametral diferencia de las poblaciones a las que se apuntan, se pone en evidencia que la forma dada a los talleres que parten de los objetivos de lo general, no produce efectos singulares y desalienantes. Ni para los trabajadores que las sostienen cotidianamente andando, ni para las poblaciones que padecen de las dificultades como singulares.

Redundan las presentaciones, escritos y avales donde se explicitan y manifiestan los talleres y sus fundamentos. ¿Tal vez se trate del individuo devenido masa¹⁷ como nos alerta Freud, lo que hace obstáculo en los dispositivos que no se diferencian de talleres?

16 Alude a lo planteado por Freud, S., “Inhibición, síntoma y angustia”, en *Obras Completas*, vol. XX, Buenos Aires, Amorrortu, 1988, y se relaciona a una ganancia suplementaria o una utilización, por parte del sujeto, de una enfermedad ya instalada.

17 Freud, S., “Psicología de las masas y análisis del yo”, en *Obras Completas*, vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1988. Donde se ocupa de la particular manera del individuo en masa. De la coincidencia con un ideal.

Al menos, un primer obstáculo, el individuo masa del taller dista del sujeto del inconsciente del que trata el dispositivo analítico.

Trabajar en un Centro de Salud con sus lazos y contradicciones es ir instalando la pulsación inconsciente de los que llegan y de los que no llegan, pudiendo o no, queriendo o no, enlazar el espacio de atención ofrecido en un Centro de Salud.

Intervenimos con personas en situación de vulnerabilidad y de inequidad preexistentes en el territorio-zona-barrio, con encuadres grupales que muchas veces no son tomados por la población que consulta a los servicios de salud. Es decir, por el solo hecho de funcionar como servicio de salud no queda asegurada per se la salud. Sin el empoderamiento ciudadano, el abordaje de las inequidades, además del derecho a la salud, no llegamos a buen puerto.

Partimos de considerar que la organización de la institución, el servicio ofertado de salud, las prácticas dominantes en ella, aparecen expresadas en los dispositivos que construyen. La instalación de talleres y de programas es solo una expresión de ellos.

Tanto por las características mismas de la institución, sus trabajadores, como de las demandas de las personas en el territorio que no llegan a circunscribirse solo a demandas sanitarias, queda expuesto que no basta sostener un servicio de salud abarcativo para las profundas inequidades sociales. El ideal de salud como finalidad es cuestionado si no se van haciendo otras lecturas de situación, planteando otros interrogantes.

Advertimos que ningún amo puede gobernar sin resto. Es imposible gobernar lo real. ¿Advertimos los alcances de nuestra práctica psi?

¿Cómo es puesta en juego una práctica clínica como la nuestra? ¿Se pone en juego la crítica experiencia en un Centro de Salud? La transmisión, los tiempos y las formas de intervención en los espacios sociales es parte de la clínica que hacemos en los centros de salud.

¿Hay una clínica específica en el campo de la salud pública? Al menos, algunas.

Entonces, si hay una clínica posible en un Centro de Salud, ¿Cómo se escribe?

Relanzo una apuesta crítica.

Las condiciones de análisis y analizabilidad de lo que acontece, no se dan en todos ni para todos los dispositivos o talleres en los que participamos. No se trata del proceso analítico del “oro puro”¹⁸ de la dirección de la cura en el espacio social. No lo traducimos así. Se trata de las pulsaciones y movimientos de las aleaciones que se ponen en marcha, a la espera de nuestra apuesta en la imposibilidad.

Los discursos con los que operamos, la trama cotidiana de la práctica en un Centro de Salud, escanden las posibilidades clínicas.

Trabajar desde el psicoanálisis en salud pública me ha llevado a plantear lo específico de nuestra práctica como momentos. El momento, como temporalidad, voy a definirlo, además, como de apertura-cierre. Un emergente, instante, momento-pulsación. El inconsciente, así, no todo es, en el tiempo del dispositivo. No todo, el analista es operando en momentos en los Centros de Salud.

He podido transitar distintas dinámicas grupales que no consideran estas pulsaciones inconscientes. Aparecen tramas de dispositivo con francos efectos sugestivos, de identidad más que de identificaciones, donde se coagulan imaginarios y se encienden pasiones. Proporcionan y desbordan en los participantes esa emergencia narcisista emparentada con el ser, la autoestima, el autocuidado y la autoayuda. Se trabaja para que lo esperable, deseado, normativizado y hegemónico en el corpus social manifieste relativa mejoría. ¿Negativizar las diferencias? Una acción política de inercias cotidianas que podemos interrogar.

18 Freud, S., “Nuevos caminos en la Terapia Psicoanalítica”, en Obras Completas, vol. XVII, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

Paradójicamente -y no tanto- los psicólogos aparecemos convocados sobre todo ante la inminencia que produce la angustia. Vía regia para la intervención del campo psi. En caso contrario, se sabrá manejar las emociones y los síntomas con solo trabajar un film, llevar las consignas de algún video educativo o esperar las deseadas improntas de una intervención planificada.

¿Un psicólogo ahí? Indiscutible en los dispositivos de lo público.

¿Un psicólogo ahí en la performance? Impensable desde el psicoanálisis, sin las advertencias freudianas de lo que acontece.

En salud pública, para algunos que la representan, un trabajo así conceptualizado, agrupa, incluye y protege la mayor cantidad y la más amplia de las poblaciones. Su papel general, -para todos-, sustraído de la hegemónica manera del uno por uno del psicoanalista, alcanzaría para asegurar la integralidad, universalidad y el derecho a la salud. Advertimos que no se puede gobernar sin resto, y sin reflexionar sobre las situaciones coyunturales.

Si se puede pensar la pertinencia de un psicólogo en salud pública, es a condición de ir reflexionando en el proceso de trabajo. Esto requiere de tiempo, de tiempos, y de la destreza de posicionarse cada vez ante los tiempos urgentes de las complejas demandas. Lo recuerdo, para no repetirlo. Lo comparto para reelaborar lo cotidiano.

De hecho, si traigo a consideración parte de la historia, controversias y discusiones es en torno a un trabajo posible en las instituciones públicas. Si se pone énfasis en los resultados, si se ahondan y priorizan ciertos malestares para ser tratados por los dispositivos, las errancias se multiplican. El énfasis por los resultados obtura el surgimiento de la dimensión del sujeto. Los intentos fallidos de la definición misma de dispositivos en salud pública, ¿no nos muestra un retorno de eso¹⁹ cada vez?

19 El inconsciente, las repeticiones freudianas.

Cada vez que escuchamos nominar un dispositivo en salud pública, aparece un silencioso y riesgoso aplanamiento de los trabajadores. ¿Qué se está diciendo cuando se define un dispositivo en salud pública?

Podemos pensarlos desde las prácticas de un juego de disciplinas, de intersecciones políticas e ideológicas y multiplicidad de dinámicas institucionales. Los dispositivos también tienen sus efectos en las relaciones y redes de relaciones de los equipos en los Centros de Salud.

Para algunos equipos es una tensión y muchas veces un quiebre sostener dispositivos. A costa del malestar, de unas rupturas y de unas construcciones, el dispositivo irrumpe, como espacio pensado de intervención social. En algunos casos, el movimiento centrípeto y centrífugo, arma y desarma un dispositivo sin sujetos. Sin resto, se postergará analizar las prácticas, el proceso, sus errores y aciertos.

La tan pertinente reelaboración de nuestras prácticas, aliada necesaria del tiempo *après-coup* que nos ha enseñado el psicoanálisis, queda renegada, detenida, olvidada ya antes que se haya puesto a andar la próxima repetición, el próximo dispositivo. Y una vez más, un nuevo dispositivo se impulsa para la inclusión social.

De los dispositivos.

El *interés psicológico*²⁰ con el que se aborda la puesta en marcha de los espacios nominados dispositivos en salud pública, organiza una serie de problemas para una clínica con orientación psicoanalítica.

Ante la dificultad de análisis y reelaboración de la práctica cotidiana, en el marco de un Centro de Salud Municipal, pongo el

20 Freud, S., “El interés por el psicoanálisis” ... Op., cit, p. 169.

acento en analizar las prácticas discursivas²¹ que se despliegan en ellos y jaquearlos como modos de producir subjetividad, inclusión y ciudadanía en determinados contextos sociales.

Al menos para reflexionar y abrir líneas de interrogación, una serie de problemas: nuestro hacer como psicólogos en el ámbito de trabajo, en las instituciones y en el marco de algunas políticas públicas no se orienta por el encargo social.

Algunas políticas públicas como manera de tratar a las personas, objetualiza las relaciones y los conflictos en el intento de restablecer las condiciones de salud con un abanico de respuestas frente al conflicto.

Operamos con y desde un equipo de salud y sus variantes. Un analista en función advierte que, construir un pedido de atención que contemple la dimensión del sujeto, conlleva sus construcciones de posibilidad. Con la escucha de lo que acontece, con coordenadas de análisis y con las variantes del equipo de salud que integramos.

Para abrir texto del contexto, interesa distinguir cómo es una operatoria con el psicoanálisis en un espacio devenido dispositivo y cómo difiere del trabajo de los talleres y de lo grupal.

Un dispositivo según mi recorrido profesional y tomando los desarrollos de Foucault²² se define por el vínculo de elementos heterogéneos, discursivos o no. Los momentos de trabajo de un analista difieren en un espacio grupal y en un dispositivo.

Un dispositivo suele ser confundido con los talleres de producción en, con, para lo social en salud pública.

A mi entender, una de las más críticas de las situaciones que tenemos, uno de los obstáculos para poner en juego la lectura de la experiencia que hacemos los psicólogos en el ámbito de trabajo

21 Ver cómo expone el discurso amo y del analista. Lacan, J., *El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2005.

22 Foucault, M., *El orden del discurso*, Buenos Aires, Tusquets, 2005. Foucault, M., *Nietzsche, la Genealogía, la Historia*, Valencia, Pre-textos, 1988.

es deslindar, primeramente, el contexto de prácticas subyacentes en las distintas dinámicas de trabajo.

Al parecer, se llama dispositivo a algunas experiencias que merecen ser consideradas como talleres.

El discurso sanitario²³, quienes lo encarnan, tiene serias resistencias para considerar los límites y las inercias de ciertos espacios sociales instalados como dispositivos.

Confrontada a las dinámicas cambiantes de lo social, la salud pública pulsa cada vez a prácticas más abarcativas. Frente a los desafíos del *malestar en la cultura*²⁴ instala, como ya anticipé, la necesidad de respuestas. Así las prácticas clínicas se tensan hasta los bordes de sus límites disciplinares. Precisamente, quienes las llevamos adelante, quienes tenemos una posición clínica y ética en el campo de las pretendidas actuaciones, no son pocas las tensiones imperantes.

La instalación de este marco, precisamente, suele ser uno de los trabajos que nos incumbe. Nos concierne la instalación de un marco que propicie el análisis ante las situaciones urgentes y las respuestas que obturan.

Advertidos²⁵ estamos que nuestra presencia²⁶ y posición de analistas, en el trabajo cotidiano muchas veces desagrega múltiples componentes.

Con Freud y el psicoanálisis sabemos algo de esos desagregados. En nuestra práctica de dispositivo, hay disciplinas, hay especificidades, y, escuchar como analistas, no solo es escuchar las transferencias sino analizarlas. Subvertir, como se pueda, las lógicas del sentido que aparecen.

23 La definición de campo de discurso puede verse en la obra de Bourdieu Pierre. En lo referente a salud/ sanitarismo, Cf. Spinelli, H., *Salud Colectiva*, Rosario, Lugar, 2008.

24 Freud, S., “El malestar en la cultura” ... Op., cit.

25 Hace referencia en la obra de Lacan, J., *El Seminario 8. La Transferencia*, Buenos Aires, Paidós, 2004.

26 Lacan, J., *El Seminario 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2005.

Abrimos el campo de nuestra especificidad a momentos de intervención en el dispositivo. Aparecen así experiencias de subjetivación relevantes para las personas que participan de los espacios. Por eso, sostengo que no hay dispositivos replicables en cuanto a su función central. Está hecho por momentos de análisis, puntuaciones, escansiones.

Considerar los efectos subjetivantes de ciertos movimientos de dispositivo, como momento y como no todo, pone en cuestión ciertas formas de espacios- dispositivos que se inician y se eternizan en el tiempo-. Esos dispositivos que, por su lógica, continúan sin vincularse con las dinámicas cambiantes, se eternizan vacíos de sentido. Los elementos heterogéneos, en el que se desenvuelven los dispositivos, involucran su constante revisión.

Surge la definición misma de dispositivo, cuando interrogamos la clínica que desarrollamos los analistas en ellos. Cuando reelaboramos nuestra clínica a partir de ellos, surgen múltiples derivas.

Es difícil hoy la definición de dispositivo, sin una clínica.²⁷ Salud pública reabsorbe el término dispositivos para nominar una multiplicidad de prácticas en y con lo social.

¿Será por eso las errancias²⁸ de algunos dispositivos?

Demarcar las experiencias en el contexto de las prácticas y de la posición clínica en que la desplegamos hace a las diferentes experiencias. Subjetivantes unas, iatrogénicas otras y meramente de encargo algunas otras. Subjetivantes, iatrogénicas o por encargo, nos envía constantemente a revisar la dimensión ética.

Como describí anteriormente, hemos dado paso desde el psicoanálisis a la conceptualización de los dispositivos. A la construcción y elaboración permanente con otros aportes posibilitado otras clínicas en los espacios de lo público.

27 Lombardi, G., ¿Qué es la clínica psicoanalítica?, URL <http://www.forofarp.org/images/pdf/Praxisyclinica/Gabriel%20Lombardi/ClinicaPsicoanalitica.pdf>.

28 Podemos seguir el término de Lacan, J., *El Seminario 21. Los nombres del padre*, Buenos Aires, Versión íntegra, 2011. Sobre los planteos del amor como errancia. Además, los aportes de Paola, D., "Erradamente la pulsión", en *La dirección de la cura y lo incurable*, Rosario, Homo sapiens, 2005.

No se desconocía entonces, como ahora, que la escucha y análisis de algunos de nosotros, provenía de las herramientas del tan denostado psicoanálisis.

Salud mental, salud pública. ¿Y el inconsciente?

Quiero volver a citar a Freud, para continuar autorizándome en lo que escribo:

“El conocimiento de las neurosis que los individuos contraen ha prestado buenos servicios para entender las grandes instituciones sociales, pues las neurosis mismas se revelan como unos intentos de solucionar por vía individual los problemas de la compensación de los deseos, problemas que deben ser resueltos socialmente por las instituciones. El relegamiento del factor social y el predominio del factor sexual hacen que estas soluciones neuróticas de la tarea psicológica sean unas caricaturas que sólo sirven para nuestro esclarecimiento de estos sustantivos problemas”.²⁹

Pues, nos queda repasar cada cual y en su práctica... y con Freud para proseguir, si resiste “*el deseo decidido*”³⁰ o hacer existir “*la tarea psicológica*” como “*unas caricaturas que sólo sirven para nuestro esclarecimiento de estos sustantivos problemas*”

En los dispositivos: el dispositivo analítico.

Desde la perspectiva analítica, los dispositivos tendrán la capacidad de producir en algunos procesos, la emergencia del sujeto, producir subjetividad y, en otros, derivar en sugerencias y psicologías de masa.

29 Freud, S., “El interés por el psicoanálisis” ... Op., cit., p. 189.

30 Cf. Lacan, J., *El Seminario 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2005.

Interesa a los que trabajamos en instituciones públicas, el análisis de la experiencia de esos bordes del dispositivo.

Distinguir, primeramente, cuándo la puesta en marcha del dispositivo produce sugerencias y cuándo se producen subjetivaciones que propician la emergencia del sujeto es parte de la lectura del analista en función. Un analista opera en el espacio Centro de Salud, trabajando no todo, no todo el tiempo, no todo el tiempo con el dispositivo.

Las diferencias de los momentos de lo analítico, y de los momentos de múltiples coordenadas sanitaristas pueden distinguirse reflexionando sobre la dirección en la que se conduce el dispositivo. En oportunidades la dirección del dispositivo resiste análisis.

¿Qué es lo que implica? Las transferencias se constituyen en los ejes de los dispositivos. Y éstos relanzan o detienen su movimiento según sea posible analizar las transferencias y las demandas implícitas.

Esos elementos analizadores pueden organizarse o no en un dispositivo analítico.

En transferencia y en presencia de un analista, se propicia un espacio-tiempo de dispositivo. Desgastadas las demandas iniciales de la grupalidad³¹, aparecerán las primeras herramientas para el análisis de las singularidades.

Las dinámicas en el interior del espacio grupal son distintas a las de un espacio devenido dispositivo. En él sobreviene un tiempo de análisis, que lo diferencia de la puesta en común de grupo. Acontecen coordenadas de análisis en presencia de un analista, acontece una puesta en común en los trabajos de grupo. Diferentes estrategias.

Desde Enrique Pichón Riviere a los trabajos grupales más actuales, y en los trabajos de diversos analistas en dispositivos hoy, encontramos representadas las diversas tramas. Suceden en los

31 Fernández, Ana M., *El campo grupal. Notas para una genealogía*, Buenos Aires, Nueva visión, 1985.

espacios colectivos, efectos de especularidad con el otro, las identificaciones cruzadas definidas por la psicología social, el efecto individuo en masa, las identificaciones históricas, descriptas por Freud.

Las diversas tramas requieren del ejercicio de toda una serie de prácticas de puntuación del analista al interior de un dispositivo. Explicitándolas a veces. Escuchando algunas veces y haciendo hablar el malestar en algunos casos.

Emerge en momentos de la trama, la palabra del sujeto, uno por uno.

Trabajar con las redes y marañas de lo público indefectiblemente nos enfrenta a analizar y reelaborar también las condiciones y los condicionantes de la práctica. Como lo expuse, el efecto masa de ciertos espacios de salud pública opera como maquínico³² y en el momento que se producen sugerencias se pierde la chance de operar clínicamente. En presencia o ausencia del analista, el análisis de las construcciones de lazos singulares será el reverso de la operatoria maquínica de masa.

Lo propio del dispositivo surge de sujetos singulares comprometidos en la acción y la experiencia dispositivo. Hay una acción política³³ dándole sentido a su surgimiento colectivo. La singularidad es su potencia.

De la experiencia radial

Cuando me presenté al ERAPP no sabía (y sabía) que escribiría de esta experiencia. No saber tal vez relativo a las resistencias de exponer mi práctica y, además, por la ilusoria manera de mantener

32 Una aproximación al concepto de Deleuze, G. y Guattari, F. sobre agenciamiento maquínico y a la máquina de guerra de Agamben, G., *Estado de Excepción...* *Op., cit.*

33 *Cf.* Agamben, G., *Estado de Excepción...* *Op., cit.*

al resguardo una experiencia significativa para las personas que la compusieron. Salvados algunos reparos, paso al relato de la experiencia de la Escuela Radial Centro de Salud. Intentaré desplegarla y en el mismo relato ir buscando qué regula esa pulsación de trabajo realizado con el dispositivo de orientación analítica. ¿Cómo fue el curso, decurso y las pulsaciones de esa experiencia?

¿En qué intersticio, un espacio que convoca lo educativo enlaza con la clínica para un analista? ¿Una escuela en el Centro de Salud? ¿Salud y Educación? No pocos fueron los extravíos y extraviados de ese enroque de lo imposible. Compañeros de trabajo, colegas y gestores de políticas, leyendo la contradicción apostaban al chiste. Los que no lo conocían como espacio de subjetivación, expresaban sus francas reservas. Al resguardo de la radial periferia, se continuaba consolidando un espacio. Acompañaba las dinámicas cambiantes del trabajo en el Centro de Salud.

Por entonces era interpelada y el espacio era interrogado permanentemente. La presencia del chiste, por ese tiempo, eran indicios para escuchar como analista.

En el tiempo que ensayaba argumentar la experiencia frente a la gestión de salud, me gustaba decir que era tal vez una experiencia de lo advenido instituido de mi práctica de psicóloga. Sin dudas el discurso sanitario empalmaba con los chistes y era lugar de resistir para mi función de analista.

Salud y Educación y sus elementos heterogéneos, no parecían poder componer el terreno apto para el trabajo de un analista. No lo fue, ya que se constituyó un espacio en los márgenes de ambas instituciones.

¿La función de un analista acontece ahí? ¿Puede instalarse como espacio instituyente?

Como la formalización de la experiencia analítica llega siempre después, y el saber que producimos de las experiencias viene a posteriori, puede que despliegue o desarrolle sus manifestaciones constitutivas.

Como punto de partida, un paciente consulta por estar transitando el duelo de su mujer. Meses antes, frente el diagnóstico

terminal de su esposa, decide renunciar al empleo para cuidarla. Metalúrgico por casi 30 años en la misma empresa con puesto de capataz, pasaba muchas horas en el trabajo, casi sin contacto con su familia. Su presencia familiar como el proveedor era su rasgo. El lugar de la mujer-madre en su casa era su refugio. El lazo que lo unía a ella era desde la juventud, buscando ambos la salida a la adversa vida familiar y a la vida de la villa. Se casan jóvenes pensando en escapar del infortunio. Lejos de ambas familias, pero aún en la villa, tienen tres hijos. El mayor, como lo nombra, muere en un ajuste de cuentas como parte de su paso por la barriada. Algo común, según dice, relatándolo con pesar. Algo común para los que habitan el barrio, la villa, el asentamiento irregular. Desde la muerte de su hijo, decide salir de la villa y construir su casa en un barrio nuevo.

El tránsito del duelo por el hijo, acontece encerrado trabajando. Lejos de la casa y la familia, lejos de su mujer. Mientras trabajara, su mujer e hijos estarían creciendo en un ambiente distinto, lejos de los peligros de la villa que tanto conocía desde su infancia. Cerca de la jubilación por los años de trabajo, pensaba volver a disfrutar de lo hecho con esa mujer. Frente al diagnóstico de la enfermedad de ella, acelera su retiro. Desde que la mujer, sostén de los vínculos con sus hijos, sus vecinos y los demás, ya no está, poco y nada aparece en el horizonte. Al menos...un doctor.

Aún en la descreencia de aquellos médicos que supuso que podrían salvar a su mujer y de aquellos que intentaron contenerlo luego de la pérdida, aparezco instalada en un supuesto saber. Al menos del dolor de esa pérdida no sabría, pero lo esperaba para escucharlo. Se definía como un hombre de pocas palabras, que le costaba el dialogo. Aun así, el dolor fluía en vivencias, en historias, en intentos desesperados por coagular la tristeza, la angustia.

Cada entrevista, se sorprendía de cuánto podía quedarse hablando. Del tiempo que podía pasar relatando lo que le pasaba. Esperar la emergencia del sujeto es dar lugar a la sorpresa y la novedad. En escucha atenta. Se trataba de un duelo en tránsito.

La sorpresa iba surgiendo y otro tiempo de las entrevistas. El tiempo del duelo pieza a pieza iba dando lugar a otro tiempo. Desde la inicial pesadumbre, desde el luto.

No se vinculaba; tenía unos amigos, pocos, compañeros de trabajo de toda la vida. Tenía una distancia de años con los familiares directos, por decisión. No se vinculaba con los hijos. No se vinculaba con la hermana, ni con los vecinos.

Insiste que no quiere molestar con sus cosas a nadie. Aún menos si se trata de su tristeza. Dejarla expuesta lo vulnera. Le resultaba amenazante exponer su tristeza. En las entrevistas nada de esto le ocurría.

Le cuesta dialogar con los otros. Se quiere ir cada vez que tiene que hablar con la gente. Lo urgenciaba tomar una distancia del otro, cuando aparecía la angustia. Las preguntas le resultan pesadas. No quería hablar, no quería salir. Asistía a las entrevistas.

Se define como un solitario. Algo lo encierra siempre como cuando el padrastro lo golpeaba y se escondía para evitarlo.

No concebía el mundo más que en su sistema de vida. Así lo definía, así lo decía, era su sistema de vida. Lo había logrado con su mujer. Escapando de los malos tratos.

El duelo por su mujer lo vuelve a encerrar. En su casa, en la ausencia de ella, en las interminables horas.

Señalaba que ese no era un resguardo similar al de la infancia. Se trataba de un duelo lo que le estaba pasando.

Su infancia de villa y trabajo en el mercado de productores, desde los 8 años, lo habían alejado de la escuela. Fallecido el padre y con un padrastro terrible, aprende a trabajar para vivir. Asegura que esa vida que vivió y la calle no fueron una buena escuela, aunque en el mercado de productores aprendió su sistema de vida.

Durante largas entrevistas donde aparecen palabras opacas, en el movimiento de expresar su palabra, rodea un trabajo de buscar aquello que lo causara. Va reparando las dificultades para vincularse, las horas de encierro y el desgano. Aparece un interés. Lo expresa: en las largas horas frente a la pantalla de la televisión,

frente a películas de las que tal vez le interesaba el argumento, no las podía leer. El funcionamiento de los subtítulos era tan extraño como fascinante. Verlos noche a noche pasar, hace pasable su tiempo. Lo que imagina, lo trae en relatos. Se imagina leyendo. Trae el tema a las entrevistas una y otra vez.

En sus largas salidas en bicicleta, como recurso para ocupar su tiempo, se preguntaba ¿por qué él no podía entretenerse leyendo el diario? Se preguntaba muchas veces por qué él nunca había podido ir a comprar un diario de domingo como alguno de sus vecinos. ¿Por qué no sabía leer? Así lo planteaba una y otra vez que, aunque fuese una costumbre de domingo para muchos del barrio, él no podía. Viajando en el transporte urbano, había gente que iba abstraída leyendo libros, y en el Centro de Salud le pedían la aclaración de la firma en las recetas, que no podía hacer. Insistía con la pregunta sobre ¿Qué había en el placer de leer y escribir? Paso a paso, se había construido en el deseo. Transcurriría un tiempo más.

Con ese horizonte de trabajo, comienzo a preguntarle al paciente si conoce espacios de alfabetización para adultos y a preguntar sobre los espacios de alfabetización para adultos a mis colegas de equipo del Centro de Salud. Ahí parecía pertinente apelar a las herramientas del Estado. Construidas las marchas y contramarchas de un sujeto que ha transitado un tiempo en análisis y que supone haber encontrado una herramienta, tal vez pueda ofertársele un dispositivo.

Con este recorte clínico, presento los desarrollos del trabajo de un duelo. Del *pieza a pieza* singular. En la vía de las construcciones, más que de las interpretaciones. Una clínica posible, su escucha. La operatoria del análisis tuvo lugar por estar en juego la transferencia analítica.

En el decurso de este proceso singular se pone a andar un dispositivo. En poco tiempo en la institución Centro de Salud, esa pregunta sobre los espacios de alfabetización instalada al interior del equipo de salud, hace surgir el armado de un listado de perso-

nas que asisten con esas características en cuanto a la alfabetización. Personas que, sin escolarización primaria, habían desarrollado sus espacios de vida.

Para el equipo general, para los médicos del Centro de Salud³⁴, se trataba de personas con distintas necesidades de atención en salud. Adultos mayores poli-consultantes a los servicios, con escaso lazo social y soporte cultural.

Distintas historias de vida aparecieron al margen del cuerpo de la biología. Toda una biografía en primera persona impacta a los integrantes del equipo de salud. ¿Qué hacer con ese movimiento que iba surgiendo?

Escuchadas por los distintos miembros del equipo de salud, nos permitió el recorte de situación con cada uno de ellos. Relatan sus historias de vida y las experiencias de lo escolar abandonado.

Reconstruir no haber ido a la escuela, o haberla abandonado, estaba ligado a lo perdido de la infancia, del tiempo de aprender de la infancia.

Se abre paso a una experiencia de relatos. Se trataba desde mi perspectiva psi, de un trabajo de escucha de las personas, preparatorio al ingreso o no a un dispositivo, al ingreso o no a una escuela. Poco importaba anticiparse a lo que se producía en cada relato. A través del lazo constituido primeramente con los que trabajamos en salud en lo local podían ser analizados otros aportes y propuestas.

Con los relatos como recurso en movimiento, se gestiona la incorporación durante 2011 del Programa Municipal de Alfabetización para adultos en el Centro de Salud. Programa dependiente de la Dirección de Educación Municipal.

En 2012, se comparte y replica la experiencia en el Centro de Salud cercano, un Centro de Salud³⁵ con características diferentes en cuanto a su población y su equipo.

34 Ctro. de Salud Barrio Plata Ariel Morandi. Sec. de Salud Pública. Distrito Sudoeste, Rosario.

35 Ctro. de Salud El Gaucho. Sec. de Salud Pública. Distrito Sudoeste, Rosario.

En ambos casos, el espacio es tomado como un espacio de conformación de grupo en torno a una tarea no educativa, sino social, productora de vínculos con otros. Como analista no participaba en la tarea educativa, propiciaba lazos.

En el recorrido, y como extensión el trabajo psi, la escucha de cada historia singular fue adquiriendo coordenadas clínicas a seguir. Cada participante, según mi lectura, contaba con una disponibilidad psíquica para aprender, contaba de sus condiciones y anhelos³⁶.

Entre el anhelo y las resistencias, apremiaban las resistencias. Justificadas razones aparecían expuestas. Lo extemporáneo³⁷ del proceso de aprender y todo aquello que los había dejado fuera de la institución escuela, apremiaba³⁸. Aparecían todas las variedades de la angustia, la queja, el enojo, el enfrentamiento con lo que no había acontecido en los tiempos de la infancia.

Lo que no acontecía, lo que no podía acontecer para cada uno era aprender a escribir. Esas coordenadas de análisis de las resistencias, fueron de orientación para que la tarea de aprender no sea nuevamente abandonada, pues se escuchaban los riesgosos bordes del abandono.

¿Aprender? Aprender lo habían hecho en el transcurso de la vida. Escribir, leer, no era cosa fácil, sobre todo para la adultez de la vida. Aquel otro tiempo de la infancia, aparece ligado todo el tiempo. Lo actual declinado del deseo, aparece declinando el aprender a escribir.

Entre las disparidades de lo singular, aparecía expresado todo lo que no se había inscripto por la falta que produjo no asistir a la

36 Del Wunsch (a veces Begierde o Lust). Fr.: désir. – Ing.: wish. En la concepción dinámica freudiana, uno de los polos del conflicto defensivo: el deseo Inconsciente tiende a realizarse restableciendo, según las leyes del proceso primario, los signos ligados a las primeras experiencias de satisfacción.

37 Extemporáneo; adj. Impropio del tiempo en que sucede o se hace. / Inoportuno, inconveniente, fuera de lugar.

38 Freud utiliza apremio como esfuerzo-apremio de la vida. Mínima energía para que el aparato psíquico funcione.

escuela. De manera diversa, lo escenificaban como todo lo que se les había negado en la infancia: un adulto responsable del niño que habían sido y de las condiciones de precariedad afectiva, material y social.

Daban por perdido ese tiempo de lo infantil y eso resistía ser elaborado desde otras perspectivas. En cada encuentro, al menos con mi presencia, estaba aconteciendo un proceso. Pieza por pieza, cada cual a su manera, fue transitando la intensidad del proceso y de las emociones frente a cada intento de escribir.

Para dar un ejemplo, toda una experiencia de tensión surge al comenzar a sostener el lápiz como elemento. Para algunos de los participantes era un elemento nuevo. La motricidad fina que requiere sostener un lápiz, es raramente advertida por los que escribimos. Sostener un lápiz requiere de una motricidad, de posiciones del cuerpo, de ajustar cada movimiento de la mano.

¿Un analista en esa situación, cómo?

Como analista difícilmente se me ocurría tomar la mano de la persona para corregir el trazo. Estar escuchando las resistencias posibilitaba el movimiento. Se me suponía un saber sobre las dificultades singulares. Desde ese lugar operaba.

El trazo, la marca en un principio, no sale. No tenía cómo salir. No acontecía escribir. Lo imaginado estaba recortado a unas pocas letras sueltas, desgarradas, desalineadas. El manejo del espacio, en una hoja, sus reglas todo era un desafío. Trazar, borrar, agujerear sobre una superficie plana y en ese despliegue de acciones que se van moderando las marcas. Con el auxilio de la represión como mecanismo, viene al auxilio alguna puntuación que posibilita el trazo. Gesto, palabra, acción, la represión opera en momentos fundantes y fundamentales. Hace posible escribir.

Los participantes del espacio iban elaborando la dificultad y su tiempo. Escribieron su trazo, a su tiempo, a su modo. De manera distinta las conflictivas vinculares de estar en grupo, de la tolerancia y respeto a la diferencia iba acompañando el proceso. Era un momento de dispositivo que los implicaba. Y a la vez los implicaba

de distinta manera, a participar, compartir con otros. No se trataba de la participación compulsiva, podían participar a medida que avanzaba el dispositivo.

Se trataba del participar con otros, sostener un espacio-tiempo extra familiar, un horario, juntar las letras como se decía. Conjugadas en palabras que los emocionan.

Con el tiempo, las palabras y las letras ya no eran lugar de angustia. Habían podido leer, leer los carteles de las calles y folletos. Aclarar la firma de la receta del médico. Un paso a paso hacia otra trama.

En marzo 2013, los participantes de los espacios constituidos de los dos centros de salud resuelven que es tiempo de convocar un espacio institucional. Convocar una escuela. Junto a una colega, una médica generalista del Centro de Salud, se contacta la Escuela Provincial Nocturna de la zona de influencia. La escuela sede. Se propicia una reunión de los directivos de la escuela en el Centro de Salud, con los participantes del dispositivo de escritura, los cuales discuten y plantean las necesidades del barrio. Proponen un horario que les permita asistir por la inseguridad y los tiempos de su organización familiar.

Comienza a gestarse el anexo Escuela Radial³⁹ del Centro de Salud. En este decurso, y como psicólogo ahí, se trataba de acompañar momentos.

A partir de mayo de 2013 funciona el aula, solo un aula, de la escuela radial en el SUM, (salón de usos múltiples) del Centro de Salud. Con una maestra alfabetizando entre 10 a 18 adultos

39 Radial describe una forma institucionalizada del Ministerio de Educación, donde una escuela sede expande en su radio geográfico de influencia. De su institución y edificio. Una escuela sede abre anexos en otras escuelas de la zona. Esta otra escuela, anexo de la escuela sede, se la denomina escuela radial. Se trata de fomentar la educación primaria en los adultos desde los 14 años que no han completado la escolarización. La vida social plagada de exclusiones, muestran cada vez más que los jóvenes y no solo los adultos mayores no han completado la escolarización primaria.

en sus distintos niveles educativos. Conservando el trabajo previo, construido por los distintos miembros del equipo de salud que acompañaron el proceso, distintos momentos de trabajo y otro dispositivo se pondría en marcha. Se abre una nueva experiencia, el espacio escuela.

Escuchar con las herramientas del psicoanálisis, asistir a esas pulsaciones de presencia-ausencia en una institución, son posibles si entre aperturas y cierres que son siempre singulares y temporales, aparecen momentos de dispositivo analítico.

Un tiempo cada vez, un tiempo para cada cual. Fue tiempo de concluir también del dispositivo de escritura. El espacio seguiría como escuela. Con todo lo que pueda transcurrir en ella de lo instituido y reglamentario.

En la actualidad, el espacio que viene funcionando en sus distintas formas de organización desde el 2011, continúa en marcha. Como escuela. Desde el 2013, Escuela Nocturna N°26 «Juan Martín de Pueyrredón» anexo Escuela Radial Centro de Salud Barrio Plata Ariel Morandi.

Su funcionamiento actual, su forma y organización escolar no requiere la presencia de un analista como en sus inicios de dispositivo.

Continúa siendo una experiencia que ha tomado forma de escuela. Continuará siendo un espacio hasta que exista el deseo de los participantes de sostenerlo. La forma dispositivo del espacio existirá mientras existan los elementos singulares que lo constituyeron. Vaciado de sentido por sus propios participantes, solo quedarán las pretensiones normativas de educación y salud. El aula o el SUM (salón de usos múltiples) del Centro de Salud solo son espacios reglamentarios. El espacio constituido por los participantes de la experiencia no es el aula, no es el SUM, son los momentos y son los encuentros-desencuentros significativos.

Los fines educativos y de salud se los añaden quienes quieren analizar desde esas perspectivas. ¿Resiste la función de un analista en espacios así? Análisis de táctica y estrategia mediante, como

analista radial en función en un Centro de Salud, transito ese desafío.

En 2011 y 2012, se constituye el inicio de la experiencia. En el inicio, y como analista, se me ubica mediando las resistencias personales frente al acto de leer y escribir. Construidas esas bases, se compone a la vez, una experiencia social, de relación con otros, con el lazo singular. Quienes asisten al espacio, viven en el barrio. Escasamente han tenido oportunidad de conocerse, aún menos de escucharse. Se estableció un espacio donde escucharse como momento de dispositivo. Los distintos rodeos de su construcción lo hicieron surgir como dispositivo⁴⁰.

El funcionamiento instalado desde 2013, ha vaciado de sentido la presencia de un analista en el espacio. No porque faltan elementos de conflicto y análisis, sino porque los participantes resuelven sus propias conflictivas en lo cotidiano.

Algo del movimiento mismo del dispositivo y sus distintos momentos me instala como ausencia. Además, es parte del análisis del proceso que sostengo.

En otro tiempo, algo del movimiento de dispositivo me vuelve a convocar. Soy convocada cuando surge algo puntual. ¿Cómo soy convocada? Con un pedido. No se trata de una convocatoria de análisis de situación. Es a la manera de un pedido de presencia en el espacio de la psicóloga de Centro de Salud. Para escuchar el pedido, acordamos un encuentro. En ese pasar de analista por el espacio, distintas variantes del proceso grupal se presentan como obstáculos.

Los obstáculos pueden ser derivaciones de algo que resistió ser elaborado en su tiempo y en el tiempo del dispositivo anterior, o el pedido de hacer hablar un malestar. Solicitar mi escucha cuando

40 Los momentos, las distintas pulsaciones leídas por el dispositivo analítico no quedan reducidos a la mirada posterior de los especialistas que contemplan el dispositivo discursivo, sino que son los movimientos agenciados por los participantes del dispositivo los que producen transformaciones.

aparecen fuertes relaciones de poder-saber entre los participantes o en momentos donde la fantasía de la continuidad amenazada del espacio, producía detenciones, ansiedades y angustia en los participantes parecía convocarme.

La presentación de un malestar, de un interrogante convoca a un proceso aún en ausencia del analista. Como ya lo expuse, en ausencia o en presencia del analista, muchas veces el dispositivo hace su propia operatoria. Abordando cada vez, el devenir de esos pedidos y el desarrollo de la operatoria que toma el dispositivo producen las condiciones de análisis.

El movimiento de esta experiencia se convierte en una experiencia radial a la experiencia.

Más allá del espacio que intento describirles, el dispositivo es radial además porque resiste al espacio de centralidad, de las finalidades instituidas.

Los participantes, cada uno, uno a uno, toleran las diferencias entre sí. Toleran las regulaciones reglamentarias a los que son sometidos por las relaciones de poder-saber que vivencian, formando parte de la institución educativa y la institución de salud.

Tolerancia, en fin, esa cuota de renuncia pulsional necesaria para la construcción de cultura, de comunidad, que tan claramente Freud expone y de la cual participamos.

Es un espacio-tiempo donde entrar y salir se encuentra regulado por las relaciones que se establecen. No solo por una regulación reglamentaria, por una regulación interna.

Cada uno de ellos, los que pasaron por el dispositivo inicial, afronta la dificultad de asistir. No se trata solo de escribir y leer, sumar o restar. Se trata de la operatoria interna que acompaña a cada sujeto en ese proceso imposible. Por eso, más allá del objetivo de obtener un certificado oficial de escolarización primaria, es ante todo un espacio que sugiere la regulación pulsional y la subjetivación de procesos.

La experiencia en la cual participé como analista sigue siendo situada como radial. La experiencia es radial respecto a la distancia que conserva de la centralidad y sus reglamentos (escuela sede-

Secretaría de salud). Es radial también porque aloja en la periferia, para poder producir otras formas y maneras.

Se trata de una experiencia no replicable. El trabajo posible en los intersticios institucionales sitúa la experiencia de trabajo como radial a su proceso. El trabajo de un analista con las herramientas del psicoanálisis sostiene el artificio.

Así concluyo un dispositivo que sostuve en el espacio- tiempo producido en la distancia y en la periferia de las instituciones. Espero, con lo que tiene de experiencia, haber transmitido lo que la escucha recupera.

Para los psicólogos, para los psicoanalistas, las elucidaciones anteriores sólo tienen sentido en tanto produzcan una transformación efectiva, y esa transformación no sea transmitida en un texto (sea del tipo que sea) que crea un contexto, sino en un hacer compartido en un marco dado.

En el marco de esa recuperación ha sido escrita esta experiencia en el Erapp.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G., *Estado de Excepción*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo, 2010.

CAPPIELLO, M. A., PARADISO, J. C., “Gestión de la salud: Principios orientadores puestos en acción en un contexto” en Municipalidad de Rosario, Secretaría de salud Pública, Salud en el Municipio de Rosario. La construcción de salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de gestión, Entrevistas, 1° ed, Rosario, UNR editora, 2003.

CASTORIADIS, C., *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*, Barcelona, Editorial Gedisa, 1988.

FERNÁNDEZ, ANA M., *El campo grupal*. Notas para una genealogía, Buenos Aires, Nueva visión, 1985.

FOUCAULT, M., *El discurso del poder*, México, Folios, 1983.

FOUCAULT, M., *El orden del discurso*, Buenos Aires, Tusquets, 2005.

FOUCAULT, M., *Nietzsche, la Genealogía, la Historia*, Valencia, Pre-textos, 1988.

FREUD, S., “Análisis terminable e interminable”, en *Obras Completas*, vol. XXIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

FREUD, S., “Conferencia de introducción al psicoanálisis”, en *Obras Completas*, vol. XV, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

FREUD, S., “El interés por el psicoanálisis”, en *Obras Completas*, vol. XIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

FREUD, S., “El malestar en la cultura”, en *Obras Competas*, vol. XXI, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

FREUD, S., “Inhibición, síntoma y angustia”, en *Obras Competas*, vol. XX, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

FREUD, S., “Nuevos caminos en la Terapia Psicoanalítica”, en *Obras Competas*, vol. XVII, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

FREUD, S., “Psicología de las masas y análisis del yo”, en *Obras Competas*, vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

LACAN, J., *El Seminario 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2005.

- LACAN, J., *El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2005.
- LACAN, J., *El Seminario 21. Los nombres del padre*, Buenos Aires, Versión íntegra, 2011.
- LACAN, J., *El Seminario 8. La Transferencia*, Buenos Aires, Paidós, 2004.
- LOMBARDI, G., ¿Qué es la clínica psicoanalítica?, URL <http://www.forofarp.org/images/pdf/Praxisyclinica/Gabriel%20Lombardi/ClinicaPsicoanalitica.pdf>.
- PAOLA, D., “Erradamente la pulsión”, en *La dirección de la cura y lo incurable*, Rosario, Homo sapiens, 2005.
- ROVERE, M., *Redes en salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario, Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999.
- SOUZA CAMPOS, G., *Gestión en salud. En defensa de la vida*, Rosario, Lugar, 2008.
- SPINELLI, H., *Salud Colectiva*, Rosario, Lugar, 2008.

DOCUMENTOS:

- Ley de Salud Mental 26.667 Decreto Reglamentario 603/2013.
URL <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-177.pdf>

Texto colectivo de los integrantes 2016-2017 del Erapp

ERAPP – Espacio de reelaboración y análisis de prácticas de psicólogos en el ámbito público

Espacio que nos reunió, nos convocó alrededor de una tarea: la escritura de la experiencia.

Espacio en el cual el acto de escribir se dispuso como proceso singular de pensamiento. Instancia dialéctica en la que la escritura y el pensamiento se ofrecieron como escenario propicio para poner en cuestión el saber.

Espacio en donde lo colectivo propició el proceso crítico de escritura y el otro se constituyó no solo en testigo sino en partícipe de la elaboración de aquello que fluye y que hace obstáculo. Un otro que acompañaba desde sus preguntas y sus reflexiones.

Espacio en donde Lo Público se presentó en dos sentidos. Por un lado, como efecto de publicar en tanto en la escritura aparece la dimensión de lo público, siempre dirigida a otro, palabra orientada. Allí donde lo producido deja de pertenecernos y quien lo recibe lo acuña con su lectura singular. A su vez, lo público en oposición a lo privado. El Estado como garante de derechos y los trabajadores, navegantes en las insurgentes aguas de la responsabilidad ética, política y social.

Espacio de Trabajadores-Analistas. Lacan en RSI: “*Es indispensable que el analista sea al menos dos, el analista para tener efectos y/les el que a esos efectos teoriza...*” De este modo se configuró en escenario que permitió “teorizar” los efectos de la práctica al poner en tensión la propia experiencia y su relación con el saber. La pregunta en tanto posición ingenua se constituyó como estado a sostener para conmovir el sentido cristalizado.

Espacio que cuestionó la indolencia institucional. La escritura de la experiencia hizo lugar al registro, ofició de corte, propuso un tiempo de escansión, tan necesario frente a las masivas y avasallantes demandas de intervención. Esta operación permitió interrogarnos y se constituyó como resguardo ante la posibilidad de convertirnos en reproductores de lógicas desubjetivantes. La escritura nos introdujo en las diversas lecturas de las dimensiones que atraviesan a la institución, interpelando la repetición sintomática de las prácticas.

Espacio que implicó una demora productiva, a la espera de que se produzca cierto movimiento necesario de pensamiento, singular y con otros, para que la escritura como acto se concrete.

Espacio como caja de resonancias. La escritura singular tiene efectos en las prácticas y abre a nuevos interrogantes, continuar pensando...

Espacio donde compartimos lo hallado, eso que estaba ahí, en nuestras prácticas cotidianas y pudimos atrapar al pensar; y jugar entre conceptos y reflexiones.

Espacio coordinado por una compañera cálida que generó procesos de transmisión de los temas de nuestro interés y lo fundamental “acompañó los procesos singulares y creó condiciones concretas para el trabajo común”. Nos acompañó en las vicisitudes del proceso, entre nuestro deseo de escribir y el acto de la escritura, hay tiempos y momentos...

Hacer una historia de los dispositivos que conformamos, como así también de la institución que habitamos y nos habita, nos permitió volver de otro modo al lugar de nuestras praxis. Esa vuelta, distintos, con las marcas de haber atravesado una intensa experiencia de escritura.

glosa

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de marzo de 2018
en los talleres gráficos de
IMPRESA EDITORIAL AMALEVI,
Rosario, Argentina.

EXPERIENCIAS DE ESCRIBIR LA EXPERIENCIA

Psicólogos/as en las instituciones públicas

Para Psicólogos con formación psicoanalítica, trabajar en lo público siempre ha sido un desafío. Dejar huella del paso por esas particulares dificultades no es frecuente. Muchas veces ellos solicitan más recursos teóricos o se someten a políticas impuestas sin detenerse a construir sus propios andamiajes. Esta fue la invitación del Erapp y este libro su valioso resultado: experiencias tejidas en la experiencia de escribir, que sedimentan propuestas teóricas y posibles variaciones de la clínica y la práctica de forma no programática ni dogmática. Propuestas implícitas, incluso propedéuticas en muchos casos. Lejos de acomodarse a modelos o políticas, aquí están los protagonistas procesando y transmitiendo su cotidianeidad pública.

Wanda Donato
Directora del ERAPP

ISBN 978-987-42-7153-2



9 789874 271532